

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**As Representações das Mães sobre a Sexualidade dos
Adolescentes com e sem Deficiência Mental**

MARIA AMÉLIA SERRA LOUREIRO

2001

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**As Representações das Mães sobre a Sexualidade dos
Adolescentes com e sem Deficiência Mental**

MARIA AMÉLIA SERRA LOUREIRO

2001

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À FACULDADE DE
PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO DA
UNIVERSIDADE DO PORTO PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM PSICOLOGIA, NA ÁREA DA PSICOLOGIA
DO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO DA CRIANÇA EM
CONTEXTOS EDUCATIVOS, SOB A ORIENTAÇÃO DA
PROFESSORA DOUTORA MARINA SERRA DE LEMOS.

À memória do meu Pai e do meu tio Quim

À minha Mãe e à minha Irmã

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de pessoas e instituições a quem gostaria de agradecer.

À Professora Doutora Marina Serra de Lemos, pela forma amiga e sábia com que orientou este trabalho, pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionou, contagiando-me com o seu apurado sentido de rigor e capacidade analítica. Para ela, o meu reconhecimento e admiração.

Agradeço a prestimosa e amiga colaboração na formatação final e embelezamento deste trabalho da Dr^a Márcia Faria, Dr^a Marta Coimbra, Dr^a Isabel Pereira, Dr^a Laurentina Santos, Dr. Paulino Macedo e Dr^a Patrícia Serra., mas mais que isso agradeço o serem meus amigos. Esse é o contributo de que espero nunca vir a prescindir.

A todos os meus amigos e colegas que me incentivaram a prosseguir este trabalho. Obrigada por terem acreditado em mim.

A todos os Psicólogos e Professores das Escolas que colaboraram na selecção da Amostra das Mães deste estudo. O meu sincero agradecimento pelo seu empenhamento.

A todos os meus familiares que acompanharam com carinho e alguma impaciência o desenrolar deste trabalho. Espero em breve poder compensá-los da alguma atenção que a elaboração deste trabalho lhes retirou.

A todas as Mães que dispensaram, voluntária e gratuitamente, algum do seu preenchido tempo para participar neste estudo, a minha gratidão pela sua disponibilidade, empenho e generosidade.

Amélia

RESUMO

As representações são fenómenos de que o sujeito não tem clara consciência e que resultam da actividade de construção e das relações que o sujeito que representa mantém com o objecto representado. Uma vez constituídas, têm o poder de estruturar as intenções e os actos do sujeito.

As representações que os pais elaboram sobre a vida afectivo-sexual dos seus filhos, determinam e legitimam as orientações e os comportamentos que estes assumem em relação às manifestações desta.

Este trabalho tem como objectivo geral conhecer e caracterizar as representações de mães de adolescentes sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental (de nível moderado) e normais. Pretende igualmente esclarecer a influência de alguns factores sobre esta representação; mais especificamente, a influência: a) do grau de proximidade física e psicológica da entrevistada em relação ao adolescente representado (normal ou com D.M.), b) de o adolescente representado ser portador de deficiência mental ou normal. Para identificar transformações ou deformações produzidas pelas mães ao representar a realidade sexual dos adolescentes, foi feita uma comparação com a descrição sobre o comportamento sexual do adolescente com e sem D.M. existente na literatura da especialidade.

O estudo incluiu 32 mães: 16 mães de adolescentes com deficiência mental de nível moderado e 16 mães de adolescentes normais. Metade de cada um destes dois grupos de mães foi entrevistada sobre a sexualidade dos adolescentes normais e a outra metade sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M. Este plano de investigação permite examinar potenciais efeitos da proximidade física e psicológica dos adolescentes sobre as representações da sua sexualidade e comparar as representações sobre a sexualidade do adolescente com D.M., com as representações sobre a sexualidade do adolescente normal. Os dados foram recolhidos através duma entrevista semi-estruturada construída para o efeito, procurando estimular a emergência da problemática da sexualidade na adolescência, nomeadamente no caso dos jovens portadores de deficiência mental. Os dados foram, numa primeira fase, tratados através de técnicas de análise de conteúdo, visando a sua categorização. Com base nestes procedimentos, resultou a elaboração de vários sistemas de categorização das respostas das entrevistadas. Posteriormente, os dados assim

codificados foram alvo de análises quantitativas que permitiram uma avaliação das representações típicas de diferentes grupos de entrevistadas e a comparação entre elas.

A análise dos resultados mostrou que as mães de um adolescente normal representam a sexualidade dos adolescentes com D.M. de forma mais dessexualizada e a sexualidade dos adolescentes normais de forma mais sexualizada (desenvolvimentalmente mais ajustada e adaptada) do que as mães de um adolescente com D.M.. Estas representam a sexualidade dos adolescentes com D.M. de forma menos dessexualizada e a sexualidade dos adolescentes normais mais sexualizada (com uma actividade sexual mais activa e socializada) do que as mães dos adolescentes normais, ou seja, a proximidade física e psicológica com o objecto representado parece afectar a representação sobre a sua sexualidade. Estes resultados têm implicações interessantes para o planeamento de educação sexual, nomeadamente dos adolescentes com D.M. . Também ter deficiência mental ou ser normal determinou a emergência de representações sexuais diferentes. Os adolescentes normais são vistos como sexualmente mais activos, com mais comportamentos sócio-sexuais e amorosos e os adolescentes com D.M. como sexualmente menos activos, sobressaindo nestes os comportamentos sexuais solitários.

RÉSUMÉ

Les représentations sont des phénomènes dont le sujet n' a pas une conscience nette et qui résultent de l' activité de construction et des relations que le sujet qui représente entretient avec le sujet représenté. Une fois constituées, elles ont le pouvoir de structurer les intentions et les actes du sujet.

Les représentations que les parents élaborent sur la vie affective-sexuelle de leurs enfants, déterminent et légitiment les orientations et les comportements qu' ils assument par rapport aux manifestations de celle-là.

Cette étude a comme objectif principal la connaissance et la caractérisation des représentations des mères des adolescents sur la sexualité des adolescents handicapés mentaux (niveau modéré) et des adolescents normaux. Elle prétend aussi expliquer l' influence de quelques facteurs sur cette représentation, c' est à dire, l' influence: a) du degré de proximité physique et psychologique de l' interviewée par rapport à l' adolescent représenté (normal ou handicapé mental), b) de l' adolescent représenté avoir ou non un handicap mental. Pour identifier des transformations ou des déformations produites par les mères quand elles représentent la réalité sexuelle des adolescents, nous les avons comparées avec la description qui est faite sur le comportement sexuel de l' adolescent handicapé mental et normal par la littérature spécialisée.

L' étude comprend 32 mères: 16 mères d' adolescents handicapés mentaux de niveau modéré et 16 mères d' adolescents normaux. La moitié de chacun de ces deux groupes a été interviewée sur la sexualité des adolescents normaux et l' autre moitié sur la sexualité des adolescents handicapés mentaux. Ce plan d' investigation permet d' examiner les effets potentiels de la proximité physique et psychologique des adolescents sur les représentations de leur sexualité et aussi de comparer les représentations sur la sexualité de l' adolescent handicapé mental avec les représentations sur la sexualité de l' adolescent normal. Les données ont été recueillies par une interview demi-structurée élaborée exprès, en essayant de stimuler l' émergence de la problématique de la sexualité à l' adolescence, notamment chez les jeunes handicapés mentaux.

D' abord, les données ont été traitées par des techniques de l'analyse du contenu, en envisageant leur catégorisation. De l' application de ces procédés a résulté l' élaboration de plusieurs systèmes de catégorisations des réponses des interviewées. Ensuite, ces données codifiées ont été analysées quantitativement,

ce qui a permis une évaluation et comparaison entre les représentations typiques des différents groupes d'interviewées.

L'analyse des résultats a démontré que les mères des adolescents normaux représentent la sexualité des adolescents handicapés mentaux d'une façon plus déssexualisée et la sexualité des adolescents normaux d'une façon plus sexualisée (sur le point de vue de leur développement, plus ajustée, plus adaptée) que les mères des adolescents handicapés mentaux. Celles-ci représentent la sexualité des adolescents handicapés mentaux d'une façon moins déssexualisée et la sexualité des adolescents normaux plus sexualisée (avec une activité sexuelle plus active et socialisée) que les mères des adolescents normaux, c'est à dire, la proximité physique et psychologique avec l'objet représenté exerce une action sur leur représentation sur sa sexualité.

Ces résultats ont des implications intéressantes pour la planification de l'éducation sexuelle, notamment des adolescents handicapés mentaux. Le fait d'être un adolescent normal ou un adolescent handicapé mental a déterminé aussi l'émergence de différentes représentations sexuelles. Du point de vue sexuel, les adolescents normaux sont considérés plus actifs et avec une plus grande quantité de comportements socio-sexuels et amoureux que les adolescents handicapés mentaux, sexuellement moins actifs et avec une plus grande quantité de comportements sexuels solitaires.

ABSTRACT

Mental representations are psychological processes resulting from the construction activity and from the relationship maintained between the subject representing and the object represented. Once constituted, influences the subjects purposes and behaviors.

Parents representations about their children sexual affective life influence the attitudes and the behaviors assume towards the way they express it.

The aim of this research is to study the adolescent mothers representations about moderate retarded and normal adolescent sexuality. It was also important to make clear the way some factors such as the degree of physical and psychological proximity between the interviewee and the represented adolescent and the presence of mental retardation in the adolescent represented, influence this representation.

In order to identify changings or distortions produced by mothers when they represent the adolescent sexual reality, their descriptions about retarded and normal adolescent sexual behavior were compared with the way they are described in specialized literature.

The study included 32 mothers :16 moderate retarded adolescent mothers and 16 normal adolescent ones. One half of each of these two groups were interviewed about normal adolescent sexuality and the other half about retarded adolescent sexuality. This research plan allowed to analyse the potential effects of adolescents physical and psychological proximity on the representations about their sexuality and to compare the representations about mentally retarded adolescents sexuality with the representatios about normal adolescents sexuality. The data were collected with a semi-structured interview builded specifically for this work in such a way that might stimulate the emergence of adolescent sexuality problematics namely in what concerns the mentally retarded. In a first step the data were analysed in order to classify them along the several codification categories .Based on these procedures several codification systems were developed. Afterwards the codified data were quantitativly analised allowing to evaluate and to compare the typical representations from differents interviewee groups.

The results show that the normal adolescent mothers represent the mental retarded adolescent sexuality in a more "unsexed" way and the normal adolescent

sexuality in a more "sexed" way (more developmentally adjusted) than the mentally retarded mothers. These ones represent the mentally retarded adolescent sexuality in a less "unsexed" way when compared with the other group, and represent the normal adolescent sexuality more "sexed" (more active and socialized sexual activity) than the normal adolescent mothers, that is the physical and psychological proximity with the represented object seems to influence the representation about its sexuality.

These results has important implications for sex education programs mainly in what concerns the mentally retarded adolescents. The presence or the absence of mental retardation determined the emergence of different sexual representations. Normal adolescents are viewed as more sexually active presenting more loving and social sexual behaviors and the mentally retarded adolescents are perceived as sexually less active, being more frequent in this group the solitary sexual behaviors.

ÍNDICE

PARTE I

Introdução	1
CAPÍTULO 1 - Representações sobre a sexualidade	5
1. Enquadramento Teórico: representações	6
1.1 Como constrói o homem a realidade ?	6
1.2 À procura de uma definição	6
1.3 A representação como expressão de um sujeito e construção de um objecto	8
1. 4 A representação como cinhecimento socialmente elaborado e partilhado	9
1.5 Processos envolvidos na construção das representações sociais	10
1.6 Factores sociais que influenciam a construção das representações	12
1.7 Funções das representações sociais	14
2. Representações da sexualidade dos jovens com e sem deficiência mental	17
 CAPÍTULO 2 - DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL DOS ADOLESCENTES NORMAIS E COM DEFICIÊNCIA MENTAL	24
Introdução	25
1. Desenvolvimento orgânico-sexual	27
2. Desenvolvimento psicosexual da criança normal	29
3. Desenvolvimento psicosexual do adolescente normal	33
4. Desenvolvimento psicosexual da criança com deficiência mental	38
5. Desenvolvimento psicosexual do adolescente com deficiência mental	43
 CAPÍTULO 3 - COMPORTAMENTO SEXUAL DOS ADOLESCENTES NORMAIS E COM DEFICIÊNCIA MENTAL	49
Introdução	50
1. Comportamentos sexuais iniciais	53
2. Comportamentos sexuais solitários	59
3. Comportamentos amorosos	63
4. Comportamentos sócio-sexuais	68
5. Comportamentos sexuais desviantes	82
6. Outros comportamentos sexuais	91

PARTE II	
CAPÍTULO 4 - OBJECTIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO	99
1. Âmbitos e objectivos	100
2. Metodologia	109
2.1 Orientações	109
2.2 Os participantes	114
2.3 Construção de um instrumento de recolha de dados	114
 CAPÍTULO 5 - ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS	 119
Análise qualitativa dos dados	120
1. Análise de conteúdo das entrevistas	120
2.1 A definição das unidades de análise: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração	121
2.2 O processo de categorização	122
3. Sistema s de categorização dos comportamentos sexuais por tipo e subtipo e por presença/ausência	122
4. Sistema de categorização dos comportamentos sexuais por nível de adequação	127
4.1 Critério de adequação da investigadora	127
4.2 Critério de adequação das entrevistadas	129
5. Sistema de categorização das explicações sobre a sexualidade dos adolescentes	130
5.1 Sistema de categorização das explicações sobre a sexualidade dos adolescentes por nível de intensidade	130
5.2 Sistema de categorização das explicações acerca da origem da sexualidade dos adolescentes	131
 CAPÍTULO 6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	 134
1 - Apresentação dos resultados	135
Os comportamentos sexuais dos adolescentes	135
1. Análise quantitativa : procedimentos gerais	135
1.1 Tipos e subtipos de comportamentos	
1.2 Comportamentos presentes e ausentes e comportamentos adequados e inadequados	135
2. Comportamentos sexuais dos adolescentes: resultados descritivos	137
2.1 Comportamentos presentes	138

2.1.1 Comportamentos presentes adequados: saliência de cada tipo e subtipo	138
2.1.2 Comportamentos presentes inadequados: saliência de cada tipo e subtipo	144
2.2 Comportamentos ausentes: saliência de cada tipo de comportamento	149
2.2.1 Comportamentos ausentes adequados: saliência de cada tipo e subtipo	150
2.2.2 Comportamentos ausentes inadequados: saliência de cada tipo e subtipo	151
3. Comportamentos sexuais dos adolescentes: resultados comparativos	151
3.1 Comparação entre o critério da investigadora e o critério das entrevistadas: comportamentos adequados e inadequados	152
3.2 Comparação entre as perspectivas de diferentes grupos e subgrupos de entrevistadas	157
3.3 Comparação entre os adolescentes normais e os adolescentes com deficiência mental	166
 II - A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES: INTENSIDADE E EXPLICAÇÕES	168
1. Análise quantitativa	168
1.1 Nível de intensidade	168
1.2 Explicações intrínsecas e extrínsecas	168
2. Resultados descritivos	168
2.1 A intensidade da sexualidade dos adolescentes	169
2.2 A origem intínseca/extrínseca da sexualidade dos adolescentes	170
 III - REPRESENTAÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES: TIPIIFICAÇÃO	172
1. O esquema figurativo das representações: procedimentos	172
2. As representações sobre a sexualidade dos adolescentes: resultados descritivos	172
3. As representações sobre a sexualidade do adolescente : resultados comparativos	176
3.1 Intensidade da sexualidade por subgrupos de entrevistadas	176

3.2 A intensidade da sexualidade dos adolescentes: seu papel na distinção entre anjos, normais e monstros	177
3.3 Anjos, normais e monstros: comparação entre grupos e subgrupos de entrevistadas	179
3.4 Papel das explicações intrínsecas e extrínsecas	180
3.4.1 Papel das explicações intrínsecas e extrínsecas por grupos de entrevistadas	182
3.4.2 Explicações intrínsecas e extrínsecas para a sexualidade dos adolescentes normais e com D.M.	185
3.5 O papel das explicações intrínsecas /extrínsecas nas representações de anjo, normal e monstro	187
3.6 A análise comparativa das explicações I e E nos níveis extremos de intensidade sexual	188
 Capítulo 7 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	 190
Interpretação dos resultados	191
Capítulo 8 - CONCLUSÕES	215
CONCLUSÕES	216
BIBLIOGRAFIA	226
ANEXOS	242

INTRODUÇÃO

Em Portugal, de acordo com os resultados do Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens realizado pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (1998), treze pessoas em cada mil são portadoras de deficiência psíquica, catorze em cada mil são do sexo masculino e treze em cada mil tem uma idade compreendida entre os 16 e os 24 anos.

Desde há 20 anos (1971) que as Nações Unidas aprovaram a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência Mental que estabelece, no essencial, que « As pessoas com deficiência mental têm os mesmos direitos básicos que os outros cidadãos do seu país e da sua idade (Craft, 1987, p. 13).

Os adolescentes com D.M. são legalmente dependentes dos seus pais, sendo estes que determinam os limites da sua vida sexual: o lugar, o tempo, as pessoas com quem eles se podem ou não relacionar, as actividades que podem ou não realizar, etc., são em grande parte decididas pelos pais. Estes podem assim impedir ou criar oportunidades relacionais e formas de relação. Reconhecer esta dependência legal e social dos pais torna-se fundamental, só por si, se pretendermos intervir no âmbito da educação sexual dos adolescentes com D.M. , em prol do direito à expressão das suas necessidades afectivo-sexuais.

A adolescência é normalmente uma fase do desenvolvimento em que ocorrem inúmeras mudanças e se colocam inúmeras questões relativas à sexualidade, à dependência-autonomia, à aceitação pelos pares, ao sentido de competência, à definição de valores e à construção da identidade. Existem algumas evidências de que os jovens com D.M. sentem as mesmas inquietações que os normais, principalmente no que concerne às questões relacionadas com a sexualidade, à identidade pessoal e à autonomia (Zetlin & Turner, 1985).

Ser mãe ou pai de um adolescente não é também tarefa fácil. Os dilemas, as dúvidas, as preocupações dos pais com filhos adolescentes com D.M. são, em geral, maiores que as dos pais com filhos adolescentes normais. Enquanto as expectativas desenvolvidas pelos pais dos adolescentes normais em relação ao futuro correspondem às normas sociais e de desenvolvimento, isto é, à saída dos filhos de casa, ao encontro de um parceiro(a) sexual e à opção por uma vida independente, pelo contrário, as expectativas dos pais com adolescentes com D.M., em relação às circunstâncias de vida dos seus filhos no futuro, são

diferentes por considerarem que a sua deficiência mental implica a necessidade de um apoio contínuo. Ora, embora as pessoas com D.M. necessitem de ser apoiadas, o apoio que lhes é fornecido deverá variar de acordo com as suas necessidades individuais, com os diferentes domínios da sua vida quotidiana e os diferentes momentos do ciclo vital. Com frequência, o apoio fornecido pelos pais durante a adolescência superprotege os jovens com D.M., reforça a sua infantilidade, desencoraja os seus investimentos afectivo-sexuais e aumenta, mais ainda, a sua dependência em relação a eles. A preocupação com o seu bem estar, com a sua segurança, é muitas vezes usada pelos pais como argumento para lhes negar o direito à "dignidade do risco", termo introduzido por Perke, citado por Craft (1987, p. 23), que se refere a ter a oportunidade de se sentir atraído, de desejar e de amar outra pessoa, com os consequentes riscos de frustração, de decepção, de tristeza ou de sofrimento que isso poderá implicar e que fazem parte da existência, do crescimento e do desenvolvimento de todo o ser humano.

As representações são, segundo Lang (1992), uma construção de elementos cognitivos de que o sujeito não tem claramente consciência, mas que têm o poder de estruturar (de uma forma subjacente) as suas intenções, assim como os seus actos. Resultam da actividade de elaboração psicológica e da relação que o sujeito que representa mantém com o adolescente, objecto representado, sendo, em simultâneo, a sua forma de expressão.

Alguns estudos têm demonstrado (Giami, 1987 ; Vauris, 1992) que as representações que os pais e as mães elaboram da vida afectivo-sexual dos seus filhos adolescentes com D.M. estão na base e justificam as atitudes e as práticas educativas que assumem em relação às manifestações desta.

No contexto familiar português, não obstante o progressivo empenhamento do pai no processo educativo dos filhos, a mãe continua a ter um papel predominante no processo educativo destes.

É neste contexto que surge o nosso interesse em conhecer e caracterizar as representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes, nomeadamente dos portadores de deficiência mental. Mais especificamente, pretendemos com este trabalho esclarecer a influência que tem nas representações que elaboram sobre a sexualidade dos adolescentes com um determinado tipo de característica (com deficiência mental ou normal) ser mãe de um filho adolescente com determinado tipo de características (com deficiência mental ou normal). Mais especificamente, a influência conjunta ou independente

(a) da mãe que representa ter um filho com D.M. ou normal e (b) do adolescente representado ter deficiência mental ou ser normal, na elaboração das representações sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M. e normais.

Procuramos com os resultados obtidos, salvaguardando as limitações metodológicas da dimensão da amostra, contribuir para conhecer melhor e para otimizar a intervenção no processo de educação sexual dos adolescentes, uma vez que as representações determinam as atitudes e comportamentos das mães em relação aos comportamentos sexuais dos adolescentes e permitem compreender-lhes o sentido.

O presente trabalho, embora conste de duas partes, uma teórica e outra empírica, é por nós considerado como um todo integrado, uma vez que a selecção e a organização dos aspectos abordados na parte teórica foram determinados pelas questões de investigação que pretendíamos esclarecer. O facto de estas últimas resultarem da identificação de temáticas ainda pouco clarificadas na literatura fez com que ocorresse um processo interactivo e bidireccional entre o trabalho conceptual e o empírico.

A parte teórica é composta por três capítulos, ao longo dos quais é feita uma comparação entre os adolescentes com deficiência mental e os adolescentes normais em relação aos diversos aspectos que neles são abordados.

O primeiro capítulo situa as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com e sem deficiência mental no quadro conceptual, mais vasto, das representações sociais. Mais especificamente, começa por abordar a definição do conceito, o processo de construção e a função das representações sociais para, de seguida, se debruçar sobre as representações da sexualidade dos adolescentes com deficiência mental e normais.

O segundo capítulo foca o desenvolvimento psicosssexual dos adolescentes normais e com D.M. . Para além das diferentes fases de evolução da sexualidade ao longo da infância, faz uma abordagem detalhada das características que esta assume durante a adolescência.

O terceiro capítulo refere-se ao comportamento sexual dos adolescentes normais e com D.M., tratando duma forma pormenorizada não só cada um dos tipos de comportamentos sexuais, como também os seus factores determinantes.

A segunda parte deste trabalho é dedicada à apresentação de um estudo empírico desenvolvido para caracterizar as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com e sem deficiência mental.

O capítulo quarto introduz a investigação realizada, define os objectivos e a metodologia utilizada.

O capítulo quinto refere-se à análise qualitativa dos dados, ao procedimento usado para a classificação e codificação do relato das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes e aos sistemas de categorização (relativas quer aos comportamentos, quer às explicações por elas apresentadas) que daí resultaram.

O sexto capítulo procede à apresentação dos resultados obtidos a partir da análise estatística dos dados quantificados relativos aos comportamentos sexuais, às explicações e à tipificação das representações globais sobre a sexualidade.

No sétimo capítulo interpretam-se os resultados obtidos procurando responder aos objectivos definidos.

Finalmente, o oitavo capítulo é constituído pelas conclusões decorrentes da análise e interpretação dos resultados obtidos e pelas implicações que estas poderão vir a ter, em termos de futuro, quer no domínio da intervenção, quer da investigação.

CAPÍTULO 1 - REPRESENTAÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES

Tudo que vemos é outra cousa.
A maré vasta, a maré ansiosa,
É o eco de outra maré que está
Onde é real o mundo que há.

(in *Fausto* , F. Pessoa)

1.1 "COMO CONSTRÓI O HOMEM A REALIDADE ?"

Como constrói o Homem a realidade ?

Para responder a esta questão, S. Moscovici propôs o conceito da representação social. Em meados da década de 50, em plena divulgação da Psicanálise, este autor estudou a penetração desta teoria científica em diferentes grupos sociais, analisando o processo de transformação do discurso científico num discurso de senso comum.

O conhecimento dos processos de transformação das teorias e conceitos científicos utilizados pelo homem comum só respondeu, em parte, à questão: "Como constrói o homem a realidade?". É a análise dos processos através dos quais os indivíduos em interacção social constroem teorias* sobre os objectos sociais que torna possível a comunicação e a organização dos comportamentos que, segundo Moscovici (1969), a vai completar.

Para esta procura de sentido sobre o real, as representações sociais socorrer-se-iam não só das teorias científicas, como também das diferentes culturas e ideologias, das experiências e das comunicações quotidianas. A partir daqui, poder-se-á definir com Jodelet (1989a p.36)

uma representação social como: « Uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social ».

1.2 À PROCURA DE UMA DEFINIÇÃO

« Se a realidade das representações é fácil de discernir, o conceito não o

* As teorias a que Moscovici se refere são as teorias práticas por oposição às teorias científicas.

é», afirmou Moscovici, em 1976. Isso tem a ver, em grande parte, com « a sua posição "mista" na confluência duma série de conceitos sociológicos e psicológicos. É nesta confluência que teremos de nos situar . » (Moscovici, 1976 , p. 39).

As consequências que podem decorrer desta situação de interface, do psicológico com o sociológico, para a noção de representação social são, para Doise (1986b), a aquisição duma grande polissemia para esta noção. Esta polissemia, que designa uma grande variedade de fenómenos e processos, torna impossível a procura duma definição precisa e consensual da noção de representação social. Na verdade, as suas definições conceptuais são múltiplas, distinguindo-se umas das outras conforme a dimensão, o aspecto da polissemia que o conceito incorpora. O que importa realçar é o facto de estas definições, segundo Vala (1993, p. 366), « incluírem, na maioria dos casos, conceitos de médio alcance (por exemplo, atribuição, crença, atitude, esquema, opinião, etc.) de âmbito psicológico ou psicossociológico...» cuja articulação o campo de problemas enunciados pelo conceito de representação permite, e continua este autor: « ...e remeterem para conceitos de âmbito sociológico ou antropológico tão ou mais vasto que o próprio conceito de representação (ideologia, cultura, hábitos, sistema de valores, etc.) relativamente aos quais o conceito de representação confere novas acuidades e suscita novas pontes articulares do binómio indivíduo-sociedade.»

Esta impossibilidade em encontrar uma definição única está bem patente na afirmação de Moscovici (1988 , p. 239) « se existem muitas, não existe nenhuma». Aliás, já anteriormente, em 1985, este mesmo autor havia expressado a ideia de que as definições conceptuais de representação social podem bloquear a sua capacidade heurística, segundo Vala (1993).

Desde a publicação da obra de Moscovici (1961) *La Psychanalyse son Image et son Public*, que lançou os fundamentos de base do conceito de representação social, que este tem sido considerado mais como « um estímulo heurístico, do que um espaço conceptual bem delimitado e inserido numa teoria com contornos bem definidos. » Vala (1993, p. 366). Na verdade, ao longo destes 30 anos têm proliferado as investigações neste campo, abordando uma diversidade de domínios e objectos com recurso às metodologias mais diversas. Não obstante esta diversidade, as principais questões investigadas poder-se-ão agrupar, segundo Vala (1993) nas seguintes categorias:

- A inscrição social e a natureza social das representações sociais, enquanto fenómenos de cultura, de linguagem e de comunicação em estreita ligação com as estruturas sociais e as próprias representações sociais sobre essas estruturas;

- Os conteúdos e a organização interna das representações sociais enquanto modalidades de conhecimento que envolvem um sujeito e um objecto e actividades de construção, expressão, interpretação e simbolização .

- A função social e a eficácia social das representações sociais, enquanto modalidades de conhecimento prático e instrumental.

- O estatuto epistemológico das representações sociais enquanto conhecimento do senso comum, na sua dupla referência à ciência e a outras modalidades de conhecimento.

Em síntese, a representação social refere-se a um fenómeno psicossocial complexo e rico, enquanto conteúdo e processo, o que dificulta a elaboração de uma definição conceptual que o delimite sem prejudicar a sua multidimensionalidade.

1.3 A REPRESENTAÇÃO COMO EXPRESSÃO DE UM SUJEITO E CONSTRUÇÃO DE UM OBJECTO

Como representa o homem a realidade? Numa primeira perspectiva, a representação da realidade exterior era concebida como um reflexo interno... uma « reprodução no espírito conforme o que se encontrava fora do espírito.» (Moscovici, 1969, p. 9)

A verificação da existência de mais ou menos incorrecções na reprodução/representação da realidade exterior como resultado de processos psicológicos levou ao aparecimento de uma segunda perspectiva, a de representação social como construção. Nesta perspectiva o homem quando representa a realidade assume um papel activo no processo de representação dessa mesma realidade, dito de outra forma, o homem participa activamente na produção do conhecimento, ele não reproduz, mas constrói a realidade.

Uma representação é sempre a representação de qualquer coisa, resulta da actividade de construção e das relações que o sujeito que representa mantém com a coisa representada e é, em simultâneo, a sua forma de expressão.

Uma vez representado um acontecimento, um objecto, uma pessoa, é a própria representação que passa a constituir esse acontecimento, objecto ou pessoa, adquirindo foros de realidade. Esta produção de realidade vai ter repercussões sobre o que nos acontece e acontece à nossa volta, bem como sobre as respostas que encontramos para fazer face ao que julgamos ter acontecido.

Uma vez constituída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação. (Moscovici, 1984)

1.4 A REPRESENTAÇÃO COMO CONHECIMENTO SOCIALMENTE ELABORADO E PARTILHADO

Se por um lado o sujeito, enquanto entidade individual, tem um papel activo na construção das representações, por outro ele não se encontra num vazio social. Ao viver em comunidade, como ser social, o indivíduo partilha os diferentes aspectos da sua realidade quotidiana com os outros que o rodeiam, procura intencionalmente que a interacção com eles - por vezes na convergência, por vezes no conflito - lhe facilite a compreensão e a gestão dos diferentes aspectos do real (Jodelet, 1989).

Uma representação é social no sentido em que é partilhada pelos sujeitos de um mesmo grupo social e é colectivamente elaborada. No que diz respeito à natureza social da sua génese, Moscovici (1976, p. 181) afirmou que « encontram a sua origem na vida quotidiana, no decurso das comunicações entre indivíduos ». Seguindo uma perspectiva semelhante, Guimelli (1994) ressalta que são as ideias, os modelos, as crenças e os valores dos grupos que, através das suas redes de comunicação, canalizam, modificam e orientam a actividade de produção do sujeito social. Alguns anos antes, Codol (1984) já tinha acrescentado que « o que permite qualificar de social uma representação não são tanto os seus suportes individuais ou grupais, mas o facto de elas serem elaboradas no decurso de trocas e interacções. » (1984, p. 251).

Enquanto produto de um conjunto de interacções sociais específicas entre grupos e indivíduos, as representações sociais resultam não só das experiências individuais, como também das «informações, saberes, modelos de pensamento que nós recebemos e transmitimos pela tradição, educação e comunicação social.» (Jodelet, 1984, p. 360)

As representações sociais possuem uma funcionalidade particular: a de «contribuir para os processos formadores e para os processos de orientação das comunicações e dos comportamentos.» (Moscovici, 1961, p. 307). E continua mais adiante este autor: « Resolver problemas, dar forma às relações sociais, oferecer instrumento de orientação dos comportamentos, são razões poderosas para edificar uma representação social.» (p. 309).

Esta funcionalidade das representações sociais manifesta-se no facto de elas fornecerem uma espécie de guias de orientação relativamente às comunicações e às acções/ comportamentos que os grupos empreendem para responder às grandes questões com que se confrontam na sua existência.

1.5 PROCESSOS ENVOLVIDOS NA CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Na formação das representações estão envolvidos dois processos essenciais, segundo Moscovici (1961): a objectivação e a ancoragem. Estes dois processos combinam-se para tornar inteligível a realidade, para que daí resulte um conhecimento prático e funcional (Jodelet, 1984).

A objectivação refere-se à forma como se organizam os elementos que constituem a representação, ao percurso através do qual eles adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade vista como natural.

Este percurso envolve três momentos. O primeiro, processo de selecção e descontextualização, permite seleccionar um número restrito de informações, crenças e ideias das que existem àcerca do objecto a representar, em detrimento de outras, procurando reorganizá-las num todo coerente. Este processo de selecção não é neutro nem aleatório, o acesso à informação não é igual para todos os grupos, serve interesses e valores grupais e obedece às normas sociais dominantes. O pensamento social, deste modo, simplifica as componentes da informação relativas ao objecto. O segundo momento, a esquematização estruturante corresponde à organização dos elementos da representação. O esquema, nó figurativo ou configuração são os conceitos mais vulgarmente utilizados para designar a forma, os padrões de relações estruturadas que assumem os elementos que constituem as representações. O terceiro momento, a naturalização, relaciona-se com o facto dos elementos retidos no esquema figurativo e das respectivas relações se tornarem categorias naturais e adquirirem materialidade. As figuras e os elementos do pensamento tornam-se elementos da

realidade. Pela naturalização, não só o abstracto se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando deste modo equivalentes os conceitos e a realidade. Assim, segundo Ibañez, referido por Vala (1993), o senso comum surge como antinominalista : com cada palavra a corresponder a um objecto e cada imagem a ter a sua contrapartida na realidade. No final da objectivação, a informação representada adquire um estatuto de evidência, o qual se torna indiscutível, sendo desde logo integrada numa realidade de senso comum.

O processo de ancoragem compreende dois momentos: o primeiro, que precede a objectivação, consiste na atribuição de um sentido ao objecto que vai ser representado, e o segundo , que a procede, consiste na produção de transformações nas representações já elaboradas. O primeiro momento consta do facto dos indivíduos, quando confrontados com objectos, fenómenos não familiares, desconhecidos, imprevistos procurarem interpretá-los, dar-lhes um sentido. Qualquer tratamento da informação exige pontos de referência. Quando um sujeito pensa um objecto, é por referência a experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos que o objecto em questão vai ser pensado. Durante este momento da ancoragem, o sujeito coloca um objecto novo num quadro de referência bem conhecido para o poder interpretar. A construção da representação de um objecto novo opera-se em relação aos conhecimentos, crenças, opiniões que preexistem e são dominantes no grupo. Os objectos adquirem sentido porque são integrados numa rede de significações constituída pela hierarquia dos valores salientes nos grupos sociais. (Guimelli, 1994)

Conhecer um objecto novo é classificá-lo, dar-lhe um nome. A classificação, como sublinha Moscovici (1984), não resulta do acaso, é o produto de uma teoria. As representações sociais vêm a ser a teoria na qual os sistemas de categorização adquirem sentido. As representações sociais já constituídas oferecem um código de interpretação para a ancoragem de um novo objecto.

O segundo momento do processo de ancoragem relaciona-se com a ocorrência de transformações nas representações já constituídas. Daqui resulta, na sua globalidade, que tendo em conta os dois momentos, o processo de ancoragem consiste não só na redução do novo ao velho, mas também na transformação do velho tornando-o novo.

No essencial, a integração de um objecto no sistema de pensamento tem não só implicações para o objecto como para o próprio sistema de pensamento. A ancoragem do não familiar implica a transformação das representações já

elaboradas, introduzindo, deste modo, novidade no quadro do pensamento estabelecido.

1.6 FACTORES SOCIAIS QUE INFLUENCIAM A CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES

Os processos de objectivação e ancoragem envolvidos na construção das representações são processos sociocognitivos, isto é, processos cognitivos regulados por factores sociais.

Para se « compreender a evolução, a organização do conteúdo e a extensão » de uma representação, é necessário considerá-la como « determinada pela estrutura da sociedade onde se desenvolve » (Moscovici, 1961, p. 337). Donde, o primeiro pressuposto a ter em conta é o de que a estrutura social influencia o processo de construção e desenvolvimento das representações. O segundo, é que a estrutura social remete para a existência de clivagens, diferenciações e relações de dominação que, por sua vez, é de supor, se venham a reflectir na construção de diferentes representações sociais de um mesmo objecto. O terceiro pressuposto realça o facto das diferenciações ocorrerem pelo menos a dois níveis: ao nível das condições socio-económicas e ao dos sistemas de orientação, em que se incluem desde as normas, os valores e as crenças prevalentes, assim como as atitudes e as motivações específicas. Deste modo, a pluralidade das condições socio-económicas e dos quadros de referência normativo-valorativos pode ser associada à pluralidade de representações sobre um mesmo objecto, através da influência que têm nas condições que afectam a emergência de uma representação social. Para Moscovici (1961, p. 361) três dessas condições são: a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência.

A dispersão de informação refere-se a um desfasamento entre a informação disponível e a necessária para a compreensão de um objecto ou problema. Em todos os grupos sociais não circula a mesma qualidade, nem a mesma quantidade de informação.

A focalização consiste no facto dos recursos educativos, dos interesses profissionais ou ideológicos mediarem a focalização dos indivíduos em diferentes domínios do ambiente e determinarem a pertinência da elaboração de uma representação.

A pressão à inferência refere-se à necessidade imediata dos indivíduos e dos grupos formularem uma opinião, tomarem uma posição face a um determinado fenómeno que corresponda aos seus objectivos. Para que tal aconteça, é indispensável que os indivíduos e os grupos disponham de recursos que sirvam as suas estratégias. As representações a que o fenómeno em causa faz apelo constituem, em grande parte, esses recursos que, por sua vez, reflectem o posicionamento social dos indivíduos na sua relação com um grupo e de um grupo na sua relação com outros grupos.

Estes três factores não só regulam a emergência e o funcionamento das representações (Moscovici, 1961), como também reflectem a forma como as clivagens sociais se repercutem na construção das representações sociais, e mais ainda, na pluralidade de representações sociais sobre um mesmo objecto.

Herzlich e Pierret (1984) salientam, por sua vez, a importância de considerar a perspectiva histórica na análise das representações sociais. Num estudo por eles realizado sobre as representações de "doença", "morte" e "saúde" demonstraram que estes fenómenos longe de serem evidências "orgânicas", "naturais" e "objectivas" específicas duma determinada época, eram antes resultado de um longo processo de elaboração e de transformação associado às condições socio-históricas. Ainda dentro desta mesma perspectiva histórica, pode-se considerar o estudo de Jodelet (1982) sobre a evolução e as mudanças das representações do corpo em função do grupo social de pertença.

É, igualmente, no âmbito das determinações sociais que Doise (1983) situa a análise das representações sociais, mais especificamente no quadro das relações sociais e no das relações entre os grupos, associando a sua mútua determinação. A partir desta perspectiva torna-se possível a articulação das diferenciações sociais com a pluralidade de representações ou, dito de outra forma, da associação da diferenciação das representações a diferentes inserções dos indivíduos no campo das estruturas socio-económicas e socioculturais.

No essencial, o anteriormente exposto remete para a relação do Homem com o contexto no qual, segundo afirma Moscovici (1984, p. 15) «os grupos e os indivíduos estão sempre sob o domínio de uma ideologia dominante, que é produzida pela sua classe social, pelo Estado, pela Igreja ou pela Escola » e, nós acrescentaríamos, pelos Mass Media.

Concluindo, o Homem pensa e constrói a realidade; a sociedade, o contexto social no qual ele pensa e constrói, modela-o.

Finalmente, dada a multiplicidade de identificações que os indivíduos partilham e a diversidade de quadros de interacção social, é de supor que o mesmo indivíduo possa comungar de diferentes representações sobre um mesmo objecto que gerirá em função de factores , situações e identificações contextuais, o que lhe permitirá comunicar, argumentar e organizar os comportamentos de forma criativa ou adaptativa.

1.7 FUNÇÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais, após serem criadas pelos sujeitos em situações de comunicação, de interacção, tornam-se autónomas da sua consciência e até dos grupos, « elas vivem a sua própria vida, circulam, fundem-se, atraem-se e repelem-se e dão nascimento a novas representações enquanto as antigas morrem.» (Moscovici, 1984, p. 13).

Na sociedade actual, constata-se a existência duma pluralidade de representações que se formam e transformam continuamente com o objectivo de cumprir funções bem definidas.

As representações sociais, segundo a hipótese de base de Moscovici (1981), têm uma função constitutiva da realidade, a qual permite transformar «(...) o não familiar em geral, em qualquer coisa de familiar» (p. 181). O não familiar é perturbador e ameaçador para os indivíduos e para os grupos, pelo que estes recorrem ao processo universal de confiança no familiar, interpretando-o, atribuindo-lhe um sentido através da ancoragem em conhecimentos anteriores. Este processo de domesticação do estranho permite proporcionar aos grupos e aos sujeitos não só segurança e continuidade, depois de terem sido, momentaneamente, confrontados com uma descontinuidade , com uma perda de significado, como também lhes permite reintegrar o "não-familiar" no mundo mental, o qual, por sua vez, vai ser transformado e enriquecido. (Moscovici, 1984)

As representações sociais não só resultam da «...comunicação entre os indivíduos» (Moscovici, 1976), como também têm uma função de suporte básico dos actos comunicativos entre eles (Rimé, 1984), uma vez que a existência de um sistema de categorização e interpretação comuns, assim como uma linguagem partilhada são condições essenciais para que a comunicação se possa processar.

As representações funcionam quer a nível consciente quer não consciente, como suporte de orientação dos comportamentos dos sujeitos.

O papel das representações não conscientes na orientação dos comportamentos foi demonstrado por vários estudos, entre os quais o de Jodelet (1989) sobre a Doença Mental e os de Giami, Humbert-Viveret e Laval (1983) sobre a Sexualidade dos Deficientes Mentais e sobre a Pluralidade das Representações do Conceito de Deficiência (1996).

A função das Representações mais conscientes na determinação de diversos tipos de comportamentos foi confirmada por vários estudos experimentais realizados por Codol, referido por Vala (1993) e Abric (1987).

Quer sejam conscientes ou não, as representações não exercem sempre a mesma influência; por exemplo, nos comportamentos situacionais a sua influência mediadora é mínima comparativamente aos factores situacionais, enquanto nos comportamentos representacionais* se verifica exactamente o contrário. A análise, sobretudo destes últimos comportamentos, mostra que, segundo Vala (1993), « as representações a) incluem modos desejáveis de acção; b) proporcionam a constituição do significado do objecto estímulo e da situação no seu conjunto; c) permitem dar um sentido ao próprio comportamento, facultar a sua leitura à luz duma representação, escondendo muitas vezes a possibilidade de leitura da acção enquanto acção situacional, para a tornar uma manifestação de uma representação.»

Esta relação entre as representações e comportamento pressupõe a existência de um sujeito activo, quer quando utiliza a representação como base de orientação para acção, mais evidente nos comportamentos mais representacionais, quer quando faz corresponder, no caso dos comportamentos mais situacionais, à posteriori, a acção a uma representação que lhe permite conferir-lhes sentido.

As características da situação de cada grupo social têm influência nas características das representações dos seus membros que, por sua vez, têm influência na diferenciação do grupo relativamente aos demais (Moscovici, 1961).

A diferenciação das representações sociais aparece, assim, associada à inserção dos indivíduos em diferentes grupos sociais, cuja identidade social elas ajudam a construir. Doise (1976/1983) demonstrou como a dinâmica das relações intergrupos leva a modificações adaptativas nas representações e à atribuição ao outro grupo de características que permitem o surgimento de comportamentos discriminatórios, assim como a sua justificação. Por exemplo, se a polícia

* De acordo com a distinção proposta por Nuttin (1972)

sobrestima a criminalidade da etnia Cigana, isso justifica a sua segregação/discriminação. Porém, antes da interacção, cada grupo possui já um sistema de representações que lhe permite antecipar os comportamentos do outro e programar a sua própria estratégia de acção.

Posteriormente, Doise (1983) distinguiu nas relações entre grupos o nível comportamental, o avaliativo e o nível das representações, que articula os outros dois, pressupondo que a mudança num destes níveis levaria a igual mudança nos restantes.

No essencial, a posição de Doise é de que as representações se estruturam de acordo com as estratégias de cada grupo, servem e justificam os comportamentos e as avaliações.

Já se referiu que uma representação social é partilhada pelos membros de um grupo, que ela permite situá-lo no campo social, isto é, diferencia-o em relação aos demais. Segundo o trabalho realizado por Mugny e Carugati (1985), as representações sociais permitem também manter uma identidade pessoal e social gratificante. Por exemplo, quanto mais evidente é a diferença de grau de inteligência entre o pai e o filho, mais o pai, para manter a sua identidade intacta, recorre à teoria do dom.

Concluindo, as representações sociais desempenham um papel fundamental na determinação das comunicações e dos comportamentos. Têm uma função justificativa em relação aos comportamentos discriminatórios e de antecipação, determinando previamente a orientação do comportamento a ter em relação aos outros. Têm também uma função constitutiva quer da realidade, permitindo a elaboração de um universo social mentalmente inteligível e coerente, quer da identidade psicossocial, permitindo situar no campo social os grupos.

Em síntese, as representações são modalidades de conhecimento prático e instrumental. Resultam da actividade de construção e das relações que o sujeito que representa mantém com o objecto representado, sendo, em simultâneo, a sua forma de expressão. Uma vez constituída uma representação, esta adquire estatuto de realidade. Dado que o sujeito que constrói está inserido num contexto social em que mantém um conjunto de interacções, as representações sociais resultam não só das experiências individuais, mas também das « informações, saberes, modelos de pensamento que nós recebemos e transmitimos pela tradição, educação e comunicação social. »

A diferenciação das representações sociais está associada à inserção dos sujeitos em diferentes grupos sociais, cuja identidade elas ajudam a construir.

As representações sociais têm uma função constitutiva da realidade, permitindo transformar o não familiar em geral, em algo familiar. Quando confrontados com objectos e fenómenos desconhecidos e ameaçadores, os sujeitos procuram interpretá-los, dar-lhes um sentido, colocando-os num quadro de referência bem conhecido/em conhecimentos anteriores.

Finalmente, as representações sociais desempenham um papel essencial na orientação das comunicações e dos comportamentos. Tem uma função justificativa em relação aos comportamentos discriminatórios e de antecipação, determinando previamente a orientação do comportamento a ter em relação aos outros.

2. REPRESENTAÇÕES DA SEXUALIDADE DOS JOVENS COM E SEM DEFICIÊNCIA MENTAL

Desde sempre que, ao ser confrontado com a sexualidade das pessoas com deficiência mental, o homem procurou conhecê-la e explicá-la, construindo sobre a mesma representações que têm estruturado, duma forma consciente ou inconsciente, os seus actos e intenções para com essas pessoas.

Numa investigação sobre as representações das pessoas com D.M. realizada junto de pais e educadores de jovens com D.M. de nível ligeiro e moderado, Giami et al. (1983) verificaram a existência de concepções divergentes por parte de cada um destes grupos de pessoas em relação à vida afectivo-sexual destes jovens. Esta divergência ocorria a dois níveis: ao nível das representações e ao nível dos comportamentos. Os educadores apresentavam a sexualidade dos jovens com D.M. como primitiva, selvagem e incompleta em relação ao modelo genital. Especificando melhor, os jovens do sexo masculino apresentariam práticas masturbatórias individuais e colectivas, práticas exibicionistas e voyeuristas, condutas agressivas e práticas homossexuais. As suas actividades sexuais seriam ostentatóias e provocatórias, teriam um carácter irreprimível, incontrolável e seriam desprovidas de afecto. São, com frequência, vistos como agressores em relação às jovens a quem obrigariam a submeter-se às suas exigências.

As jovens do sexo feminino não apresentariam as condutas perversas atribuídas aos jovens do outro sexo, seriam mais afectivas do que eles. Contudo, algumas delas apresentariam uma estrutura histeróide, seriam ninfomaníacas. Ambos os sexos são vistos como tendo dificuldade em estabelecer relações

estáveis e duradouras e incapazes de relações sexuais completas. No entanto são em simultâneo vigiados pelos educadores com o objectivo de evitar a ocorrência de relações sexuais nas instituições. Os educadores lamentam ainda que estes jovens não possam alcançar relações sexuais completas "normais" porque consideram que seriam muito equilibradoras e socializadoras dos jovens com D.M. .

Ao defender a perspectiva educativa normalizante anterior, os educadores, segundo os autores deste estudo, recusariam às pessoas com D.M. o que eles consideram como sendo a realidade sexual desta, mostrando-se dispostos a tolerar apenas uma sexualidade ideal que não é mais do que uma projecção da sua própria sexualidade. Os comportamentos sexuais agressivos e ostentatórios do deficiente mental provocam nos educadores perplexidade e mau estar. Por esse facto, são levados a tomar atitudes repressivas, que justificam com base nas exigências do contexto institucional, mas que têm a ver sobretudo com a dificuldade que sentem em suportar tais comportamentos.

Os educadores parecem, com efeito, divididos entre as posições permissivas que provêm das ideologias que partilham e os comportamentos repressivos ditados pelas suas funções. Analisando o discurso dos educadores, os autores desse estudo afirmam que « preferem projectar o pólo repressivo nos pais e apropriarem-se do pólo permissivo ». A reivindicação dos educadores teria como função principal mascarar o pólo repressivo causado pela ansiedade que sentem no confronto com uma outra sexualidade que é a sexualidade do deficiente mental. Os educadores manifestam-se a favor de medidas anticoncepcionais reversíveis, inseridas num projecto educativo que visasse desenvolver na pessoa com D.M. a autonomia e a capacidade de auto-regulação da sua própria vida sexual. Globalmente, todos os educadores se manifestam contra a esterelização. No entanto, a contracepção, com frequência, produz nas educadoras o fantasma de que as jovens com D.M. que recorrem à pílula se tornariam nas "prostitutas da instituição". Não obstante, partilham com os restantes educadores a opinião de que as jovens com D.M. não deveriam engravidar devido à sua incapacidade de manter uma relação estável e criar uma criança. Segundo os educadores, o "desejo de gravidez" seria sobreponível ao desejo de ter um filho.

Em relação à contracepção, os educadores acusam os pais de incoerentes, i. é, de não quererem ouvir falar de contracepção mas de recorrerem a métodos definitivos como a esterelização. Para os educadores, os pais são vistos como

inquieta, inconsistente, negando a realidade das práticas perversas dos filhos, enquanto que, por sua vez, os pais, para sustentarem a sua negação, acusam os educadores de estimularem e favorecerem tais práticas que, afirmam, nunca teriam ocorrido diante deles.

Os pais, de acordo com o que Giami et al. constataram, representavam o seu filho com D.M., independentemente da idade que ele apresentasse, como uma eterna criança - inconscientemente, a criança ideal, aquela que não cresceria, que se manteria para sempre dependente da mãe.

A ocupação de cargos dirigentes nas Associações de Apoio à Pessoa com D.M. foi o factor apontado pelos autores como responsável pela distinção entre as representações elaboradas por dois grupos de pais.

Os pais com cargos nas associações tiveram oportunidade de contactar com um discurso médico e psicológico que lhes permitiu integrar nas suas representações o reconhecimento da sexualidade infantil e da masturbação, em relação à qual se mostraram tolerantes. Os outros pais, a grande maioria, afirmaram que o filho deles nada tinha a ver com a sexualidade e que não notaram nada de "anormal", tal como também não repararam as equipas educativas. Não excluíam, no entanto, a ideia de que os outros jovens com deficiência mental, que não o seu, pudessem apresentar manifestações sexuais. Essa criança assexuada, pré-freudiana (mesmo quando se tratava de um adulto) manifestaria uma afectividade transbordante, tanto para os pais como para os colegas. Esta afectividade era designada pelos pais como isenta de "segundas intenções". Em termos gerais, para os pais, as pessoas com D.M. teriam uma sexualidade "infantil", ou seja, uma "sexualidade assexuada", baseada essencialmente na afectividade, sem interesse pelos aspectos sexuais.

Estes pais, no entanto, não pareciam estar convictos da veracidade das suas representações, uma vez que assumiam comportamentos de vigilância e repressão e exigiam dos educadores o mesmo, face a manifestações visíveis dessa sexualidade. Estes comportamentos e atitudes permitiam aos pais manter intacta a ilusão da ausência de sexualidade nos filhos.

A contracepção era vista pelos pais como um fantasma de autonomia sexual, usando todos os meios que estavam ao seu alcance para adiar a sua utilização. Os pais recusavam também aos filhos com D.M. o direito à procriação, pois consideravam-nos incapazes de criar e educar uma criança.

Tal como se verificou com os educadores, o medo e a recusa de gravidez servia para justificar as atitudes repressivas no sentido de impedir que o filho realizasse outros investimentos afectivos e autonomizantes.

Por outro lado, os pais tinham uma representação extremamente negativa do papel dos educadores junto dos jovens com D.M.. Para eles, os educadores não só não exerciam a vigilância necessária, como iniciavam e favoreciam as práticas sexuais dos jovens com D.M. . Os educadores, segundo os pais, seriam uns "desequilibrados que procurariam as instituições para se tratarem" e pecariam por simplismo ao pensarem resolver todos os problemas através de medidas de contracepção.

Em jeito de conclusão, os referidos autores realçaram que os pais, ao atribuírem aos educadores a iniciativa de sexualizar os jovens com D.M., conseguiam resolver a contradição entre a negação da sexualidade que tentavam impor e a realidade com que, apesar de tudo, eram confrontados. Dum modo semelhante, os educadores atribuíam aos pais os aspectos repressivos que não chegavam a reconhecer em si próprios, assim como a origem da selvajaria e da "anormalidade" sexual dos seus filhos deficientes mentais.

Quanto às representações elaboradas sobre a sexualidade do deficiente mental, para os educadores ela seria selvagem, semelhante à de uma fera, para os pais ela seria assexuada e semelhante à de um anjo.

Este estudo permitiu evidenciar que a ilusão do angelismo e o mau estar associado à selvajaria e à "primitividade" provocam comportamentos muito mais semelhantes do que inicialmente seria de supôr. O sistema de representações construído pelos pais e educadores sobre a sexualidade das pessoas com D.M. funciona como um « sistema de defesa colectiva» (Giami et al. , 1983) para com uma sexualidade compreendida como ameaçadora, tanto na sua dimensão «selvagem» como «angélica» .

Ainda no âmbito das representações da sexualidade dos jovens com D.M., Vauris (1992) realizou uma outra investigação junto dos pais de jovens com D.M. que frequentavam um Centro de Actividades Ocupacionais, com o objectivo de conhecer o que estes pensavam sobre a vida sexual dos filhos. Nas respostas que obteve dos pais estes realçaram: a existência de uma grande necessidade de ternura por parte dos filhos que se sobrepunha a todas as outras e o pouco interesse pelo sexo, sobretudo nos jovens com Síndrome de Down. Quanto à possibilidade de ocorrência de contactos físicos entre os jovens, estes, na perspectiva dos pais, nunca levariam à ocorrência de relações sexuais (coito).

Estes resultados contrastavam flagrantemente com os obtidos numa outra pesquisa semelhante a esta, realizada no mesmo contexto, pelo mesmo autor, mas junto dos profissionais que intervinham junto destes mesmos jovens. Partindo das suas observações quotidianas, os profissionais assinalaram que dois terços dos jovens com Síndrome de Down tinham práticas homossexuais.

Para Vauris esta discrepância entre educadores e pais era sintomática de um mau estar nestes últimos, que eles procuravam ultrapassar através duma tentativa de fuga, em que « o melhor parecia ainda ser evitar, na medida do possível, que o problema se colocasse». Posteriormente, a partir dos resultados de um questionário alargado a um maior número de pais, Vauris (1992) constatou que embora metade reconhecesse que os filhos tinham direito à sexualidade, só um terço pensava que o filho tinha uma vivência sexual, e a maioria não lhes atribuía qualquer desejo sexual. Quanto aos limites a impor em relação à expressão da sua vida sexual, a opinião dos pais variava entre a ausência de qualquer tipo de manifestação sexual até à possibilidade de vida em casal, se bem que um terço dos pais se tivesse recusado a dar a sua opinião sobre este assunto, apesar da insistência do autor.

Em relação à concretização da vida sexual destes jovens, metade dos pais aceitava o «namorico», embora só um quarto fosse a favor das relações sexuais, e destes apenas um terço encarasse a hipótese de vida em casal, mas só mediante a exclusão da possibilidade de vir a ter filhos.

As investigações anteriores demonstraram que, relativamente à sexualidade dos jovens com D.M., os pais e profissionais constroem representações diferentes, caracterizadas, no primeiro caso, essencialmente pela dessexualização e, no segundo, pela perversão e anormalidade. Esta clivagem entre a dessexualização das representações dos pais e a perversão, a «anomalia» das representações dos profissionais revela-nos a problemática de cada uma destas pessoas na situação em que se encontram em relação à pessoa deficiente mental, assim como o modo como lidam com esta, reprimindo, tolerando ou encorajando as diferentes manifestações da sua sexualidade. Enquanto os pais procuram evitar a «sexualização» das pessoas com D.M., consideradas eternas crianças e reforçam a sua dependência, os profissionais reprimem algumas das suas manifestações sexuais que consideram patológicas e perversas e encorajam outras "mais maduras", "mais normais (genitais)". Não obstante as diferenças entre estas práticas educativas e as representações que as sustentam, parece-nos que pais e educadores partilham o mesmo mau estar, a

mesma intolerância perante o modo de expressão afectivo-sexual de cada pessoa com D.M. em particular.

Assim sendo, o enfoque nas representações que o outro pode ter da sexualidade da pessoa com D.M. inclui o que estas reflectem dele próprio, ao nível da sua própria sexualidade, dos seus próprios fantasmas. Nesta perspectiva, a representação é definida como a representação do sujeito, quer dizer, qualquer que seja o objecto representado trata-se de compreender em que é que, como e com que conteúdos e processos o sujeito se coloca em cena, no trabalho psíquico.

Passando para a abordagem das representações da sexualidade, mas agora dos jovens normais, Moore e Rosenthal (1993) referem um estudo realizado por Collis em 1991, em que este autor pediu aos pais com filhos adolescentes de 16 anos que fizessem uma estimativa do nível de actividade sexual dos adolescentes em geral, com a mesma idade, tendo obtido destes respostas que reflectiam as normas correntes. De seguida, Collis pediu a estes mesmos pais que fizessem, de novo, uma estimativa do nível de actividade sexual, mas agora em relação aos seus próprios filhos, tendo obtido uma estimativa mais conservadora. Os resultados deste estudo sugerem que os pais vêem aquilo que gostariam de ver em vez daquilo que é. Os pais têm, como afirma Costa (1998, p.80), dificuldade em imaginar os seus filhos com um corpo sexuado, com uma vida sexual, como os filhos têm dificuldade em imaginar isso nos pais. É como se pais e filhos se idealizassem sem um sexo. Mesmo quando os pais, racionalmente, aceitam a vida sexual dos seus filhos, a nível emocional há sempre algo que magoa, um sentido de perda, um sentimento de que algo está errado. Então, vive-se na família um faz de conta: fala-se, mas não se diz, faz-se, mas não se sente ou antes, sente-se mas não se expressa.

Para alguns autores, esta cegueira parental, ainda que inconsciente, teria uma função adaptativa em relação à experimentação sexual do adolescente. Esta experimentação seria um meio de, na sociedade actual, o adolescente se sentir independente dos pais e iniciar o seu processo de crescimento e de iniciação no desempenho dos papéis de adulto, uma vez que a sua independência económica se tornou menos possível.

Ainda a propósito das representações da sexualidade dos adolescentes normais, segundo Moore e Rosenthal (1993) vários estudos têm demonstrado que os pais têm dificuldade em acreditar que os seus próprios filhos possam ter tido relações sexuais, mesmo quando reconhecem que os adolescentes com a

mesma idade deles são, na maior parte dos casos, sexualmente activos. Mais ainda, têm revelado que os pais têm uma opinião mais optimista que os professores, quer em relação ao conhecimento sexual e ao uso de preservativo por parte dos adolescentes, quer em relação ao nível de comunicação pais-filhos, quer ainda em relação à influência dos pais. Estas representações dos pais, segundo Katchadourian, referido por Moore e Rosenthal (1993), teriam origem no tabú do incesto, uma vez que falar sobre o sexo seria uma forma de interacção sexual. Falar sobre o sexo no contexto familiar é frequentemente embaraçoso para os pais e adolescentes, mesmo quando ambos têm uma atitude liberal.

Em síntese, existem representações divergentes (dessexualização vs perversão) que resultam da actividade de elaboração psicológica dos sujeitos (pais vs educadores) específica e diferentemente posicionados (grau de proximidade física e psicológica) em relação ao objecto representado (jovens com e sem D.M.). A divergência dos seus conteúdos revela a problemática de cada um dos sujeitos (pais vs educadores) na situação em que se encontram em relação ao objecto.

Estas diferentes representações servem não só para justificar a diferença de atitudes e de comportamentos dos diferentes sujeitos (pais e educadores) em relação às manifestações afectivo sexuais dos jovens com e sem D.M., como também para determinar as diferentes decisões a tomar quanto aos limites a impor em relação à expressão da sua vida sexual presente e futura.

Capítulo 2 - DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL
DOS ADOLESCENTES NORMAIS E
E COM DEFICIÊNCIA MENTAL

INTRODUÇÃO

A inclusão de um capítulo sobre o desenvolvimento sexual dos adolescentes destina-se a analisar e a compreender até que ponto é que as manifestações afectivo-sexuais (comportamentos sexuais) dos adolescentes se enquadram nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do desenvolvimento do adolescente.

A sexualidade, neste capítulo aparece assim perspectivada como um acontecimento normativo no desenvolvimento do adolescente.

O modo como os adolescentes lidam com as questões relativas à sexualidade é também muito influenciado pelo modo como se processou a evolução desta durante a infância. Actualmente sabe-se que muitos dos problemas que ocorrem em relação á sexualidade do adolescente têm a sua origem em dificuldades ocorridas no desenvolvimento psicosssexual ao longo da infância. Por exemplo, a tensão durante a adolescência será tanto melhor equacionada e resolvida quanto melhor tiver sido organizada a tensão infantil. A pessoa que na infância foi capaz de aceitar melhor a perda de certas gratificações está em condições de, na adolescência, lidar melhor com as necessidades internas e com todas as vicissitudes e dificuldades externas com que possa deparar no seu trajecto para a idade adulta. O conhecimento do modo como decorreu o desenvolvimento psicosssexual da criança torna-se pois essencial para compreender o modo como os adolescentes resolvem, empreendem as acções reorganizativas internas e externas (tais como: a modificação das relações com os pais e com os pares, os problemas relacionados com o corpo e a identidade sexual) necessárias para aceder à vida adulta.

O desenvolvimento sexual do ser humano, aqui designado por desenvolvimento psicosssexual, segundo Craft e Craft (1978), refere-se, em sentido lato, à construção da identidade e da personalidade, está intrinsecamente ligado à sexualidade, ao género e à aquisição de papeis associados à masculinidade e feminilidade. Baseia-se no princípio de que todos os seres humanos têm impulsos sexuais e, porque vivem em sociedade, o seu comportamento é condicionado em grande medida pelo contexto sócio-cultural em que se inserem. É um processo evolutivo, biopsicossocial, complexo e subtil, em permanente transformação, aberto a novas descobertas e às influências das mudanças sociais (De Quero & Saez, 1993).

Este processo inicia-se com o nascimento e prolonga-se ao longo de toda a existência. Efectivamente, toda a interacção entre as pessoas é sexual, seja a que nível for, pelo simples facto de que, desde a sua origem, a pessoa é sexuada. Com efeito, verifica-se, como diria Merleau Ponty, referido por Zapian (1993), uma osmose entre a sexualidade e a existência. Está naturalmente associada ao desenvolvimento biológico, cognitivo, emocional e social do ser humano. Nas pessoas com D.M. verificam-se discrepâncias entre os vários domínios do desenvolvimento (heterocronia), o que lhe confere uma estrutura global muito particular e um equilíbrio original. Na realidade, a coexistência duma capacidade cognitiva inferior à esperada para a idade, com um desenvolvimento físico adequado à mesma, conduz a heterocronias nos diferentes sectores de funcionamento e não deixa de ter reflexos sobre a personalidade e a conduta (Félix, 1995). Por outro lado, se comparado com uma criança normal com uma idade mental equivalente, o adolescente com D.M. mais velho usufrui de uma experiência prática e social mais longa, que lhe permite a aquisição de certos conhecimentos que ainda faltam à criança mais nova. A existência desta heterocronia talvez explique que em termos de investigação se tenha dado menos atenção ao desenvolvimento sexual que ao funcionamento sexual das pessoas com D.M.. Aliás, este último aspecto irá ser abordado mais adiante no capítulo sobre os comportamentos sexuais.

Este capítulo descreve e caracteriza o desenvolvimento sexual do ser humano, concentrando-nos em particular nas características que este percurso assume no indivíduo com deficiência mental até à adolescência. A escassez de conceptualização e investigação sobre o desenvolvimento sexual das pessoas com D.M. requer a descrição prévia do modo como este se processa no indivíduo normal, o que servirá de referente para analisar o que acontece com a criança e o adolescente com D.M.. Assim, a segunda parte deste capítulo constitui uma tentativa de transposição e adaptação do que se sabe sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente normais para o desenvolvimento da criança e do adolescente com D.M.. Esta tentativa foi feita tendo como principal alicerce conceptual o modelo de desenvolvimento sexual da psicanálise e a pouca investigação existente, a maioria da qual realizada também na linha das concepções psicanalíticas.

Com efeito, nem na perspectiva psicossocial de Erickson (1976), nem no modelo bio-social de Smith (1989) ou mesmo no modelo de socialização sexual de Lerner e Spaner (1980), encontrámos qualquer referência ao desenvolvimento

sexual da pessoa com D.M. . Utilizámos, apenas pontualmente, alguns dos contributos teóricos deste último a propósito do modo como a pessoa com e sem D.M. aprende os papéis sexuais, forma a sua identidade de género e compreende os comportamentos sexuais que lhe permitam funcionar sexualmente de uma forma socialmente adequada a uma determinada cultura.

A perspectiva teórica da psicanálise sobre o desenvolvimento psicosssexual da criança e do adolescente, principal fonte de inspiração deste capítulo, ao defender por um lado a continuidade do desenvolvimento sexual desde o nascimento até à vida adulta e, por outro, a universalidade do mesmo, torna-se aplicável a qualquer indivíduo independentemente de ser normal ou portador de deficiência mental ou de a sequência evolutiva dos seus estádios se processar a um ritmo normal ou mais lento ou de necessitar de mais ou menos tempo que o tempo regular para passar de um estágio a outro.

Em termos de conteúdo deste capítulo, destacaremos, de seguida, alguns aspectos do desenvolvimento sexual, particularmente da criança e do adolescente com D.M. e do papel nele exercido pelos pais, que mais poderão vir a contribuir para aprofundar e enriquecer o conhecimento da nossa problemática de estudo: as representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes.

Após uma breve abordagem do desenvolvimento orgânico-sexual, começaremos por analisar as características do desenvolvimento psicosssexual da criança e do adolescente normal e a partir daí, numa segunda parte realçaremos as especificidades que esse desenvolvimento psicosssexual assume na criança e no adolescente com D.M. .

1. DESENVOLVIMENTO ORGÂNICO-SEXUAL

Em termos do desenvolvimento das características orgânico-sexuais, tem sido demonstrado que, em média, os rapazes com D.M. , embora mais baixos e com mais peso por altura, apresentam níveis de maturação física que não diferem dos sujeitos (crianças e adolescentes) sem D.M. (Ohi, 1983 ; Katoda, 1991 ; Lindgren & Katoda, 1993) .

A grande maioria das pessoas com D.M.* desenvolvem os seus caracteres sexuais primários e secundários mais ou menos ao mesmo tempo que os seus pares normais (Craft, 1985). No entanto, existem quadros clínicos com alterações

* Essencialmente as pessoas com D.M. de nível ligeiro e moderado.

cromossômicas que para além da deficiência mental têm associadas anomalias congénitas nos órgãos genitais e nos caracteres anátomo-fisiológicos que suportam e asseguram o desenvolvimento orgânico-sexual. De entre os mais significativos, destacamos: os Síndromes de Turner, de Klinefelter e de Down.

Em termos sucintos, o Síndrome de Turner caracteriza-se pela ausência de um dos cromossomas (45x0), o que provoca alterações no desenvolvimento gonadal. Pásaro, Fernandez e Mendez (1993) destacam a grande variedade psicológica deste Síndrome, que inclui, além do mais, a possibilidade de mosaicismo. Podem apresentar vários níveis de deficiência mental, entre os quais o moderado. Em termos de características físicas, apresentam uma baixa estatura (nanismo), malformações congénitas : tórax alongado e avançado (em "escudo" ou em "couraça") com mamilos muito distanciados hipoplásicos ou invertidos, facies cardíaca, "olhos de esfinge", pavilhões auriculares proeminentes, deformados e de baixa implantação, pescoço curto e alado, infantilismo sexual e esterilidade. Este Síndrome só ocorre no sexo feminino e as pessoas que dele são portadoras podem manifestar alterações de carácter. Este Síndrome tem uma versão masculina, o Síndrome de Noonan, que apresenta estas mesmas características.

O Síndrome de Klinefelter, segundo Testal e Santos (1995), apresenta um cariótipo XXY , um atraso mental variável, alterações de comportamento e uma grande imaturidade. Em termos de desenvolvimento orgânico-sexual, os órgãos genitais masculinos são pouco desenvolvidos, os caracteres sexuais secundários efeminados: distribuição pilosa ocasional, tipo feminino, ginecomastia (aumento do volume dos mamilos), tendência à perda da libido, raramente com impotência, esterilidade e tendência à obesidade exagerada e características feminóides.

O Síndrome de Down, de acordo com Amaral (1995), é responsável por cerca de 10% das situações de deficiência mental e é ligeiramente predominante no sexo masculino, com uma incidência de 56%. É facilmente detectável à nascença e é acompanhado por um atraso mental variável. Apresenta as seguintes características físicas : baixa estatura, hipotonia muscular, braquicefalia, pescoço curto, facies típica (epicanto, nariz achatado, orelhas pequenas com ou sem pregas, nistagmo, palato estreito) . O seu desenvolvimento orgânico-sexual pode ser lento e incompleto : os órgãos genitais podem apresentar criptorquídea, pénis pequeno e fimose. Pode ocorrer uma menor produção de hormonas sexuais e uma menor distribuição de pêlos púbicos e axilares, assim como uma barba pouco cerrada, o que lhe confere um aspecto infantil. É conhecido apenas um

e axilares, assim como uma barba pouco cerrada, o que lhe confere um aspecto infantil. É conhecido apenas um caso de fertilidade de um jovem do sexo masculino (Júdez, 1990), admitindo-se geralmente que são estéreis, ainda que muitos sejam capazes de ereções e de manter relações sexuais (Craft, 1985). Numa revisão de estudos sobre a fertilidade nos Síndrome de Down realizada por Lambert e Rondal (1982), estes constataram ou a ausência ou um número inferior aos espermatozoides necessários para garantir a reprodução, o que explicaria a sua esterilidade praticamente total.

Estes três Síndromes e outros menos conhecidos, em que se verificam anomalias congénitas nos órgãos genitais, constituem uma excepção, uma vez que o desenvolvimento dos caracteres anátomo-hipotálamo-hipofisário, isto é, o desenvolvimento orgânico-sexual da pessoa com D.M. se processa do mesmo modo que o da população em geral, como indicam os estudos de Sherrington, Katz citados por Diamante (1993).

Será que esta semelhança se verifica também no desenvolvimento psicosexual? Para responder a esta questão, começaremos por abordar o modo como este decorre na criança e no adolescente normal.

2. DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL DA CRIANÇA NORMAL

O desenvolvimento psicosexual de qualquer ser humano inicia-se com o nascimento e prolonga-se durante toda a vida até à morte. Freud, o autor desta perspectiva, defendeu, além disso, que todos os comportamentos, sentimentos e pensamentos são motivados por pulsões que estão estreitamente relacionadas com o funcionamento biológico. Pulsão designa uma força ao mesmo tempo psíquica e física (somática) caracterizada pela sua fonte, pelo seu objecto e pelo seu fim. As pulsões correspondem às excitações de origem interna (psíquicas e somáticas) que o indivíduo sofre permanentemente e que constituem o motor do aparelho psíquico. O mecanismo destas pulsões é, com frequência, inacessível ao controlo da consciência, o que levou este autor a postular a existência do inconsciente, de uma série de pensamentos, desejos, sentimentos e motivações que têm uma forte influência no comportamento, mas que não são acessíveis através da introspecção. Esta conceptualização do funcionamento psíquico aplica-se a todos os seres humanos, independentemente da sua raça, inteligência ou proveniência social.

O desenvolvimento psicosssexual descrito por Freud aparece relacionado com o investimento e a transformação da libido - energia psíquica / pulsão sexual - em diferentes zonas do corpo, o que conduz a um aumento da tensão nessas zonas cuja descarga provoca prazer. Este desenvolvimento é universal e processa-se através duma sequência evolutiva de estádios, cada um dos quais com características próprias.

Progressivamente, com a maturação, têm de ser encontradas estratégias mentais (frequentemente inconscientes), de preferência a físicas, para aliviar a tensão. Estas estratégias incluem fantasias ou mecanismos de defesa, tais como a sublimação do desejo sexual em actividades do tipo produtivo ou criativo, ou a negação da sexualidade, através da repressão (muitas vezes acompanhada de um estilo de vida ascético), ou ainda a projecção das fantasias sexuais noutra pessoa.

Segundo Freud, a personalidade está estruturada para permitir o alívio da tensão de um modo socialmente aceitável e consistente com os valores e as atitudes (conscientes e inconscientes) dos indivíduos. O papel crítico da sexualidade no desenvolvimento da personalidade foi descrito por Freud em termos de estádios de evolução psicosssexual.

O primeiro estágio ou fase oral ocorre durante o primeiro ano de vida. O bebé obtém prazer através da estimulação oral que acompanha a alimentação. Reforçando esta perspectiva de Freud, do prazer associado à estimulação oral, Françoise Dolto, citada por Peñuelas (1993), chama a atenção para o facto de o bebé, mesmo saciado, continuar a sucção (do dedo, da chupeta), evocando o momento de mamar e de, durante a mamada, ocorrerem erecções. A criança usa a boca igualmente para explorar o ambiente, para expressar o seu mal estar e para ter prazer.

O segundo estágio de evolução libidinal - fase anal - começa por volta dos 2 anos de vida. O ânus torna-se a parte do corpo mais sexualizada (Freud, 1905/1962). O desenvolvimento neuro-muscular alcançado permite à criança adquirir o controlo sobre a sua musculatura em geral (marcha, manipulação, etc) e sobre os seus músculos esfinterianos, em especial. Os pais, paralelamente, apercebendo-se destas novas competências motoras, fazem novas exigências à criança. Este facto pode conduzir a situações de conflito com os pais que procuram socializar a criança cuja vontade (ou Ego) se começa a afirmar. É a fase do controlo esfinteriano, da retenção e da expulsão das fezes, que são vividas pela criança como partes do corpo, que retém e deposita em determinado

local para agradar à mãe ou que expulsa de qualquer modo para se lhe opor (Peñuelas, 1993) . A evolução futura da sexualidade da criança, de acordo com Lopez e Fuertes (1989), depende do modo como ela vai viver e resolver, neste período, as imposições sociais a que é submetida, nomeadamente as que dizem respeito ao controlo dos esfíncteres.

O terceiro estágio ou fase fálica estende-se dos 3 aos 6 anos. A criança toma cada vez mais consciência dos seus órgãos genitais que se tornam a principal zona de investimento libidinal. Começa a descobrir a diferença de sexos , o que equivale, inicialmente, para os dois sexos, a ter pénis (nos meninos) e a não ter pénis (nas meninas) (Peñuelas, 1993). Começa, igualmente, a manifestar uma grande curiosidade sexual. Para além de fazer inúmeras perguntas, a criança começa a focalizar a sua atenção no relacionamento especial entre os pais, começando a sentir desejos amorosos pelo progenitor do sexo oposto e a sentir ciúmes pelo do mesmo sexo. Freud apelidou este processo de Conflito Edipiano. Estes sentimentos são demasiado perturbadores para as crianças, sendo por isso reprimidos e recalcados no inconsciente através dum processo que implica a identificação com o progenitor do mesmo sexo. Através desta identificação, o rapaz consegue reduzir o medo da castração em relação ao pai (através do mecanismo de "identificação com o agressor") e obter a sua aprovação, tornando-se semelhante a ele e adiando para o futuro a realização do desejo sexual com alguém semelhante à mãe.

Com este processo de identificação inicia-se a construção do papel sexual, assim como a formação do super-ego em que são incorporados os valores e os ideais da Família e da Sociedade (da forma como são percebidos pela criança) , o que vai possibilitar à criança compreender as regras e as diferenças entre o Bem e o Mal.

Durante esta fase, a criança começa a ter consciência da sua identidade sexual, isto é, de que é um menino ou uma menina*.

De facto, a partir dos 3 anos, utiliza correctamente, por exemplo, os pronomes pessoais e recorre , com frequência, ao "rótulo" da sua identidade para recusar determinada roupa ou brincadeira porque é de menina (Menezes, 1990). Esta auto-classificação como menino ou menina leva-os a valorizar, como mais adequado e positivo, o que a sociedade considera como próprio do seu sexo.

* É óbvio que, desde o momento em que nasce, a criança começa a aprender que é um menino ou uma menina através da designação social que lhe é atribuída em função do seu sexo anatómico.

A criança vai integrando e expressando assim o papel - papel sexual - que a sociedade exige dela em função da sua identidade sexual (Félix, 1995). O papel sexual inclui, assim, as expectativas e as regras que definem, nos diferentes contextos, as formas de comportamento femininas e masculinas, correspondendo o seu desenvolvimento, de algum modo, à dimensão comportamental da identidade de género. Os papéis sexuais dependem do meio socio-cultural, o que explica que, até aos 4 anos, as crianças se classifiquem como meninos e meninas, sobretudo pelo seu aspecto exterior. Só a partir dos 5, 6 anos, e num processo gradual que pode ir até aos 9 anos, é que a criança começa a ter consciência da permanência da sua identidade sexual (López & Fuertes, 1989).

Com a resolução do conflito edipiano, o rapaz entra numa fase relativamente calma que dura até à puberdade, a que Freud chamou de latência. Durante este estágio, a repressão dos impulsos sexuais intensifica-se com a ajuda das instâncias sociais, desenvolve-se a sublimação e o interesse por actividades intelectuais e culturais (lúdicas) (Peñuelas, 1993). A criança torna-se recatada no que se refere à exibição dos seus órgãos genitais devido ao aparecimento de sentimentos como a malícia, o pudor ou a vergonha, por ter integrado a moral sexual através da observação sistemática dos comportamentos, das atitudes que os adultos foram tomando durante as fases anteriores do seu desenvolvimento (Félix, 1995). Os jogos de papéis com conteúdo sexual constituem a principal manifestação sexual deste estágio. Estes jogos permitem à criança descarregar os seus impulsos agressivos e sexuais, realizar a exploração sexual sobre o seu corpo e dos outros, respondendo a dúvidas como: "Sou muito diferente das outras crianças?", "Quais são as diferenças entre mim e os outros do outro sexo?". Estes jogos são, em simultâneo, excelentes catalizadores da sociabilidade pelas normas que a sua própria dinâmica impõe. As reacções dos adultos a estes jogos de conteúdo sexual, durante esta fase, vão-se repercutir no conforto ou desconforto com que, no futuro, a sexualidade poderá vir a ser vivenciada pela criança. Com o final da fase de latência, termina a chamada Sexualidade Infantil que para além das manifestações sexuais relativas a cada estágio em particular, até aqui referidas, apresenta as seguintes características comuns: órgãos genitais pouco desenvolvidos, caracteres sexuais secundários praticamente inexistentes, assim como pouca quantidade de hormonas sexuais, prazer sexual difuso, atracção

mais afectiva que sexual pelas outras pessoas *, ausência de uma orientação definida do desejo sexual, maior dificuldade da criança em distinguir os desejos e os sentimentos especificamente sexuais dos desejos e sentimentos afectivos. No essencial, para autores como Zapien (1993), o que caracteriza fundamentalmente a Sexualidade Infantil é ser egocêntrica, autoerótica e pré-genital.

3. DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL DO ADOLESCENTE NORMAL

Retomando o modelo de desenvolvimento psicosssexual concebido por Freud, após a latência surge a puberdade com todas as transformações biofisiológicas que lhe estão associadas. Estas transformações vão ter profundas repercussões ao nível do corpo, o que requer um importante reajustamento quer da parte do adolescente a si próprio, quer das pessoas que o rodeiam « a este novo personagem » (Cordeiro, 1979) .As alterações bruscas que sofrem as proporções do corpo e os caracteres sexuais primários e secundários levam a uma alteração também brusca do esquema corporal : a antiga imagem de si próprio torna-se incompatível com a nova percepção que tem do seu aspecto físico actual. Esta remodelação provoca, em simultâneo, inquietação e interesse pelo seu corpo novo. O significado que o adolescente vai atribuir ao seu corpo novo condiciona todo um conjunto de atitudes em relação a si próprio e aos outros. Nem sempre é fácil apreender todas as modificações de um corpo que pode surgir como estranho, e enquanto alguns aceitam bem a nova imagem do seu corpo sexualizado, outros, pelo contrário, tentarão negá-la. O corpo, pelo importante papel que desempenha nas relações humanas, condiciona, também, a aceitação de si próprio. A atitude e os comentários que os outros têm em relação ao adolescente influenciam a imagem que este constrói de si próprio.adequado e positivo, o que a sociedade considera como próprio do seu sexo.

A maturidade sexual faz passar, também, para primeiro plano a genitalidade. O investimento libidinal é subtraído às emoções pré- genitais e concentra-se nos sentimentos e representações objectais de ordem genital (Freud, 1969) . A energia sexual é reactivada e, como tal, o desejo sexual

*Como afirma López & Fuertes (1989), entre os 6 e os 12 anos, devemos falar de uma dimensão sexual- afectivo sexual- , uma vez que o desejo sexual, enquanto tal, organizado e dirigido para a procura da satisfação sexual no outro, surge apenas a partir da puberdade.

intensifica-se.

Todas estas modificações vão, porém, criar uma instabilidade no Ego e no equilíbrio da fase anterior: é comum o jovem apresentar num dia um comportamento infantil e noutro um mais maduro, ou num momento ser dócil, amoroso, conformista e noutro ser agressivo, revoltado e independente. Segundo Anna Freud (1969) , esta alternância de comportamentos contraditórios é um processo de defesa do Ego para enfrentar o aumento dos impulsos sexuais. Esta intensificação dos impulsos sexuais , faz com que a passagem ao acto pareça normal; porém, se o Ego não for capaz de encontrar mecanismos de defesa perante esta intensificação, o adolescente pode ser dominado pelas forças instintivas, tornando-se impulsivo, incapaz de tolerar a frustração, preocupando-se apenas com a gratificação imediata dos seus desejos. O Ego vai ter que enfrentar, igualmente, o ressurgimento e a necessária reelaboração de todos os conflitos dos estádios anteriores. A revivência do conflito edipiano torna-se inevitável com toda a sua problemática de relações incestuosas e de hostilidade para com os pais. A maturidade sexual alcançada com a puberdade vai desencadear uma intensa angústia e culpabilidade o que provoca uma diminuição da auto-estima, comparável a uma ferida narcísica. Para resolver a perturbação do equilíbrio narcísico e reorganizar o seu sistema de relações com os pais, o adolescente vai ter que rejeitar, fazer o luto dos "imagos" parentais, isto é, desidealizar os pais. Mais especificamente, o adolescente vai ter que superar a sua dependência dos pais, conter, reorientar e reinvestir os seus impulsos agressivos e sexuais nos pares. Este desinvestimento dos pais que foram os objectos primários da sua adesão afectiva e sensual constitui uma perda que vai provocar um doloroso processo de luto, que por sua vez pode provocar uma série de regressões e progressões (Cordeiro, 1979).

Já anteriormente, Peter Blos (1962) tinha descrito a adolescência como um segundo processo de individuação, que consistia na aprendizagem, por parte do jovem, da necessidade de separar-se de alguns vínculos emocionais que o ligavam aos pais, isto é, reconhecendo que a satisfação das suas necessidades emocionais e sexuais deve ser procurada fora da família. Este processo de separação em relação aos pais é acompanhada de inevitáveis sentimentos de isolamento, solidão e confusão, assim como por conflitos e labilidade emocional. O abandono de alguns vínculos afectivos com os pais, na opinião de Blos (1993) , deixa livre determinada energia psíquica que pode ser reinvestida na amizade. O amigo íntimo com o qual o adolescente mantém uma relação de elevada

componente narcísica, de partilha de si, dos seus desejos e segredos, vai permitir-lhe confirmar a sua identidade e ensaiar formas de relacionamento que irão facilitar, a médio prazo, o investimento heterossexual (Menezes , 1990). O amor e a paixão, tão frequentes nesta fase, correspondem à necessidade de novas formas de relação para substituir a intensidade das ligações à família anteriormente existentes e para ultrapassar os sentimentos de perda que se lhe seguem (Blos, 1993) .

Durante este processo de individuação-autonomia em que o adolescente desenvolve a capacidade de se separar dos pais e de se aproximar e identificar aos pares , podem surgir situações de acentuado conflito.

A desidealização dos pais, antes percebidos como autoridades poderosas e infalíveis, altera não só a estrutura de relações do adolescente com os pais, como também a imagem que tem de si próprio. Dado que duvida de si próprio, procura afirmar-se duma forma arrogante e por vezes agressiva, tenta chamar a atenção através das suas proezas e excentricidades. Para ser ele mesmo, para se afirmar a si próprio, nesta situação nova para ele, vai ter que separar-se e diferenciar-se daquilo que tenha relação com a sua situação anterior (Menezes , 1990) . Estas manifestações de autonomia e afirmação assumem, no início, a forma de oposição e dirigem-se essencialmente aos pais que, por sua vez, lhe recordam constantemente a sua infância, o que era antes, levando o adolescente a demonstrar-lhes que mudou e que já não é a mesma pessoa. Em contraste com estes conflitos com os pais relacionados com a problemática da dependência/autonomia, os adolescentes têm uma atitude conformista em relação aos pares. Tentam parecer aquilo que não são, assumem comportamentos sexuais que lhes garantem a admiração dos pares. Adoptam estilos de vestir, de falar e de comportamento característicos do grupo de pares, o que lhes permite integrar-se neste, reforçando as suas semelhanças com os pares e, em simultâneo, diferenciar-se dos adultos.

Como já dissemos atrás, com o início da puberdade verificam-se muitas transformações nomeadamente no corpo, na imagem de si, nas emoções, no humor, nas relações com os pares e com a família, nos valores pessoais e sociais e nos projectos de vida. O desenvolvimento da capacidade de raciocinar formalmente durante a adolescência responde à necessidade de um nível superior de abstracção que permita a racionalização dos conflitos entre as expectativas interpessoais ou sociais e as idiossincráticas ou interpessoais. As novas competências incluem o pensamento hipotético e a consideração de

diversas possibilidades em relação a si próprio e ao futuro, o que permite ao adolescente repensar criticamente os seus valores, crenças e imagens do mundo (Costa, 1998).

Para aceder à vida adulta, o adolescente vai ter que realizar tarefas fundamentais como a da conquista da autonomia, a construção da identidade, a definição da orientação sexual e a elaboração de projectos de futuro.

A realização destas tarefas desenrola-se ao longo de três períodos distintos em que se pode dividir a adolescência.

No primeiro, verifica-se o arranque da puberdade e é caracterizado pela adaptação a um corpo que muda todos os dias. Estas alterações corporais podem ser vivenciadas de forma diferente de adolescente para adolescente. Sentimentos como a vergonha, a timidez, o pudor e a ansiedade podem surgir, nomeadamente em casa, perante os pais e os irmãos e na escola perante os colegas e as colegas. Estes sentimentos são naturais perante um corpo que se torna próximo do do adulto e em que acontecem coisas novas, implicando uma nova preservação do espaço pessoal, ao nível físico e social. No plano erótico, ocorre um aumento do desejo sexual e das fantasias que os jovens ainda não se sentem capazes de concretizar. O objecto de desejo são, frequentemente, ídolos ou pessoas que constituem modelos ideais para os jovens. Estas fantasias só progressivamente é que se vão objectivando noutros jovens mais próximos e concretos. A masturbação surge como uma forma de descoberta do corpo e de novas sensações e de permitir a descarga da tensão e a obtenção de prazer sexual. Desejo sexual e paixão amorosa inicialmente parecem ter dificuldades em convergir. O erotismo continua ainda aut centrado e, a maior parte das vezes, incapaz de integrar as relações afectivas que os jovens estabelecem (Félix, 1995).

Os grupos de amigos continuam, na maioria dos casos, a ser monossexuais, essencialmente devido à necessidade psicológica de mostrar claramente a si próprio e aos outros que se pertence a um sexo bem definido, com características muito específicas e opostas ao outro sexo. A relação com o sexo oposto é, predominantemente, uma relação ambivalente de provocação e de distanciamento.

No segundo período da adolescência, as mudanças biofisiológicas e corporais continuam, mas a um ritmo mais lento e de uma forma mais suave. A timidez, o medo é muitas vezes substituído pelo risco, pelo desafio, pela aventura e pela experimentação da nova identidade pessoal e do novo corpo. A pouco e

pouco aproxima-se do outro sexo. A ambivalência característica da fase anterior tende a desaparecer para dar lugar a uma explicitação mais clara das preferências sexuais, quer em termos da orientação do desejo (hetero, homo ou bissexual), quer em termos de escolha de parceiros ou parceiras. As formas de expressão sexual são ainda experimentais, envolvendo, no entanto, um progressivo contacto físico e as primeiras experiências de relações heterossexuais e, nalguns casos, homossexuais. Os grupos tendem a ser partilhados pelos dois sexos, embora o grupo homossexual possa continuar a ser, em muitos casos, o grupo de pertença. Podem ocorrer as primeiras relações amorosas, muitas vezes sem carácter duradouro, em que as primeiras relações sexuais com penetração. Estas relações habitualmente não são programadas e são acompanhados por um elevado grau de expectativa e por uma sensação de desafio comum às coisas não vivenciadas e desejadas. Esta é uma situação em que o jovem se vê perante a necessidade de tomar decisões difíceis do tipo :«Quero ou não envolver-me em determinadas relações?».

Como consequência destes acontecimentos, vão-se consolidando os sentimentos, as atitudes e os valores pessoais face à sexualidade, assim como a compreensão dos papéis sexuais masculinos e femininos. É verdade que para tal também contribui a forma como os pais e os familiares mais próximos reagem em relação à sexualidade dos rapazes e das raparigas, ou em relação a coisas tão importantes como o grau de liberdade e autonomia, à repartição de tarefas domésticas..., influenciando por este meio a consolidação de sentimentos e de atitudes de dominação ou de igualdade entre os sexos. Igualmente a partir de agora, afectos como atracção interpessoal, o desejo, a paixão, o amor, a ternura associam-se em maior ou menor grau, em simultâneo ou alternadamente ao desejo sexual (Zapian, 1993).

No último período da adolescência, com as mudanças pubertárias já concluídas, o corpo torna-se praticamente adulto e a vivência sexual dos jovens assume muitos dos traços da sexualidade adulta. Estabelecem-se relações amorosas duradouras nas quais podem ocorrer relações sexuais. Alguns jovens casam ou coabitam, completando assim o seu processo de autonomia face às famílias de origem. Outros, desenvolvem essas relações continuando a partilhar o seu quotidiano com as famílias, sujeitando-se a uma maior ou menor interferência destas na sua intimidade. Consolidam-se um conjunto de atitudes, valores, face à sexualidade e ao amor, nomeadamente no que se refere aos papéis masculinos e femininos e às normas de relacionamento entre os sexos. Os

sentimentos tornam-se mais estáveis e os jovens, agora mais autônomos, tornam-se mais capazes de tomar decisões no que diz respeito à sua vida em geral e à sexualidade em particular. Os grupos integram os dois sexos e vão evoluindo cada vez mais, de modo a incluir as relações do casal que os seus membros vão constituindo. Define-se e consolida-se a orientação do desejo sexual num processo que envolve as fantasias, os desejos, as atracções e os relacionamentos (Félix, 1995).

Conforme o sexo do objecto sexual preferido, este pode ser heterossexual, homossexual ou bissexual. No entanto, para alguns homossexuais ou bissexuais este processo torna-se mais doloroso e complexo, uma vez que os seus desejos estão em contradição com as normas dominantes, levando-os a interrogarem-se sobre a "normalidade" dos seus sentimentos e a certeza das suas preferências. Mais, não conseguem, além disso, com facilidade encontrar pessoas com quem possam partilhar os seus segredos ou a quem possam pedir ajuda.

4. DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Até ao início da adolescência, o desenvolvimento psicosexual da criança com D.M. processa-se na mesma sequência e obedece ao mesmo esquema já descrito para a criança normal, necessitando apenas de mais tempo para passar de um estágio ao outro (Katz, 1993). Na verdade, o desejo sexual é sentido e expresso por todos os seres humanos, em todas as idades, ainda que de formas e com intensidades diferentes. É mediatizado, na opinião de Zapien (1993), por processos biofisiológicos, cognitivos, linguísticos e afectivos, o que implica que cada indivíduo (ser humano) tenha um desenvolvimento psicosexual pessoalizado, personalizado e irrepetível. Daí que, conclui o mesmo autor, encontremos pessoas, quer sejam portadoras de D.M., quer sejam normais com maior ou menor angústia em relação à sexualidade, com maior ou menor necessidade sexual, com maior ou menor expressão sexual.

Segundo Morgenstern (1979) , a criança com D.M. pode, porém, possuir uma menor tolerância perante as tensões, uma menor contenção da ansiedade, um ego mais débil e relações mais pobres com as pessoas e os objectos. Pode até nunca chegar a ser tão capaz de responder ao meio ou de amar como a criança normal, o que pode ser consequência tanto das suas experiências vitais e

das suas deficiências globais, como de omissões ocorridas durante o seu processo de desenvolvimento.

No começo da vida, o recém-nascido com D.M. ou normal focaliza toda a sua atenção emocional nas suas necessidades de comer, evacuar, dormir e evitar o desprazer (a dor), que são para ele vitais. Quanto mais dorme, melhor come e quanto maior for a eficácia em evitar o mal estar, mais satisfeito se sentirá, sobretudo se os cuidados, da mãe ou de qualquer outra figura externa, forem acompanhados de um contacto agradável e de ternura. Durante estes primeiros meses, que correspondem ao que Freud (1915/1968) e os seus sucessores designaram por estágio narcísico, a mãe ou quem a substitui é percebida pela criança como parte de si mesma. A princípio, a criança percebe esta figura externa como parte de si mesma. Depois a criança vai ter que aprender gradualmente a reconhecer a sua individualidade, isto é, que é distinta da mãe, que há forças exteriores a si que não pode controlar, aceitando, assim, a necessidade de esperar pela satisfação dos seus desejos e necessidades. Na realidade, o reconhecimento do mundo exterior produz-se quando as suas necessidades não são autosatisfeitas e o agente exterior deixa passar algum tempo antes de as satisfazer. Deste modo, a criança começa a compreender que nem ela, nem ninguém do mundo exterior é capaz de controlar e satisfazer todos os seus caprichos e desejos. A aceitação deste facto, o reconhecimento desta falta de onipotência, na opinião de Morgenstern (1979) fortalece o ego. Quando o desenvolvimento se processa a um ritmo diferente, mais lento, como na criança com D.M., torna-se mais difícil realizar as aprendizagens anteriores, isto é, reconhecer a sua individualidade, aceitar que é distinta da mãe, que há um mundo exterior a si que não consegue controlar, principalmente se a mãe ou o seu substituto se mostra incapaz quer de adiar por breve espaço de tempo a satisfação das necessidades da criança, quer de estimulá-la a explorar e a manipular os objectos, ajudando, desse modo, a deslocar a sua atenção inicialmente focalizada no interior do seu corpo para o que está fora dele (Loureiro, 1994/95). Torna-se pois mais complicado para a criança com D.M. renunciar às ideias de onipotência infantil e da autosuficiência unilateral, o que fragiliza o seu ego.

Na perspectiva de Morgenstern (1979), o ego da criança com D.M. pode manifestar um menor vigor para aprender a controlar as pressões das necessidades internas e a adaptar-se às exigências da realidade exterior. Esta fragilidade faz com que a criança possa sentir-se mais vulnerável e frustrada, o

que por sua vez pode prejudicar o estabelecimento duma relação de confiança mútua entre si e o adulto que cuida dela. Quando ocorrem dificuldades nesta relação, a criança com D.M. pode, em casos extremos, permanecer indiferente perante o meio, incapaz de aceitar a existência da realidade exterior. Acredita que só ela existe, que a mãe é um prolongamento de si mesma e que os cuidados que ela lhe proporciona constituem um atributo do seu Eu. Tendem a isolar-se, a não comunicar, a manifestar indiferença perante as pessoas e os objectos. Pode também, pelo contrário, ligar-se exageradamente aos objectos, procurando neles protecção. Continuará a utilizar o objecto transaccional no sentido que lhe é atribuído por Winnicott (1969), muito para além da idade habitual. Segundo Morgenstern (1979), a criança com D.M. não está consciente da sua dependência do objecto transaccional, nem consegue distinguir o uso funcional dos objectos da sua necessidade pessoal de se ligar a algo que, para si, adquire propriedades emocionais, se torna animado e é melhor que ninguém. Apesar da criança não usar estes objectos como uma parte do seu corpo, como no início do estágio oral, durante a fase do narcisismo e da onipotência primários, estes continuam, no entanto, a não ser completamente reconhecidos como fazendo parte da realidade exterior das coisas.

Quando não se verificam estas perturbações nas relações com as pessoas e os objectos, é mais provável que a individuação da criança com D.M. possa ocorrer sem grandes problemas. Para tal, a criança deverá aprender a reconhecer a sua individualidade, a aceitar o mundo exterior e a aprender o significado de adiar a sua satisfação (Loureiro, 1994/95).

À medida que cresce, a criança normal desenvolve as suas capacidades perceptivo-motoras; simultaneamente são-lhe feitas novas exigências para que se torne capaz de uma progressiva independência. Aliás, na opinião de Blos (1962), o primeiro processo de individuação-separação ocorre apenas no final do 2º ano de vida, quando a criança experimenta e compreende o significado do controlo e da capacidade de se poder movimentar para longe da mãe.

No caso da criança com D.M., a aquisição destas capacidades perceptivo-motoras ocorre geralmente um pouco mais tarde (Morgenstern, 1979), o que prolonga a sua dependência, tornando mais difícil a separação emocional relativamente aos pais, assim como a imposição, por parte destes últimos, de novas exigências. A lentidão do desenvolvimento neurológico e motor de grande parte destas crianças pode complexificar ainda mais a aquisição do controlo esfíncteriano, momento já por si propício a jogos de afirmação e oposição por

parte de todas as crianças em relação às novas exigências de socialização dos pais. Ignorando este facto, algumas mães intervêm precocemente, impondo regras que a criança com D.M. é incapaz de cumprir; outras, pelo contrário, devido à sua dificuldade em frustrar a criança, tornam a sua aprendizagem longa e cheia de incidentes (Loureiro, 1994/95) .

O desejo de conhecer e explorar o seu corpo -principalmente os órgãos genitais - e o prazer que daí obtem, fazem com que a criança com D.M. , tal como a criança normal, sinta interesse e curiosidade pelo corpo do outro, pelas suas diferenças. O relacionamento entre os pais merece a sua especial atenção e curiosidade. A resolução do conflito edipiano pode ser, no entanto, dificultada pela excessiva dependência da figura materna.* Uma excessiva e prolongada dependência da figura materna e um fraco vínculo à figura paterna nos rapazes com D.M. dificultam e lentificam a construção da identidade e do seu papel sexual, uma vez que a identidade de género masculino requer a substituição da identificação primária à mãe pela vinculação à identidade masculina representada pelo pai.

Numa investigação relativa à percepção dos papéis sexuais, Morgenstern (1979) verificou, através de um questionário a 300 sujeitos com idades entre os 7 e os 20 anos, com deficiência mental ligeira (QI entre os 50 e 83), que, comparativamente aos seus pares normais, as crianças com D.M. com menos de 10 anos atribuíam todas as actividades à figura materna ou feminina. Esta identificação da maioria dos rapazes com D.M. com a função e o papel feminino sugere, na perspectiva do autor, uma maior necessidade de dependência da criança com D.M. , « o seu desejo de permanecer junto dos seus».

Num outro estudo, o autor procurou analisar as figuras de identificação de 500 crianças e jovens com D.M. através do desenho de figuras humanas femininas e masculinas, sendo o sexo desenhado em primeiro lugar considerado a figura de identificação. Os resultados mostraram que o número de crianças com D.M., com mais de 9 anos, que desenha primeiro o seu próprio sexo, é equivalente ao número de crianças normais de 6 a 8 anos que faziam o mesmo.

* Na opinião de M. Manoni (1978) , algumas mães, para compensarem a perda do filho imaginário, têm tendência a assumir o filho com D.M. como um objecto que lhes é dado para cuidar fora do alcance do marido.

A resolução do conflito edipiano e a construção da identidade de género e dos papéis sexuais não é só dificultada pela excessiva dependência da figura materna, mas também pela incapacidade dos pais imporem limites aos seus filhos com D.M. e ensiná-los a respeitar a intimidade entre eles (Craft & Craft, 1978).

Na verdade, quando um filho tem deficiência mental, torna-se decepcionante para a mãe, afecta-a no plano narcísico, perturbando toda a identificação com ele. O pai, por sua vez, não consegue ajudar a mãe, sente-se também decepcionado por não ter podido gerar um filho saudável, sente-se angustiado por ver as suas expectativas frustradas. Estes factos, afirma Peñuelas (1993), « dificultam que o rapaz seja incorporado numa situação triangular, pois como é que se pode fazer cumprir a lei a uma criança que, desde que nasce, está destinada a viver fora das regras ? » .

No mesmo sentido, Jerusalinsky, citado por Peñuelas (1993), a propósito do impacto que tem o nascimento duma criança com D.M. junto dos pais, afirma : « Uma vida sem prazer, é uma vida sem desejo e este prazer gera-se na identificação com uma mãe contente, feliz e satisfeita de ter o seu filho e com um pai que lhe proporcione promessas de realização sexual futura no mundo exterior em compensação da inibição actual. É por este motivo que surgem, com tanta frequência, perturbações sexuais nas pessoas com deficiência mental, uma vez que o desejo da mãe fica perturbado, a reciprocidade da interacção deixa de ser gratificante devido à sua depressão e as promessas do pai de futuros relacionamentos sexuais são suprimidas. ». Todas estas carências afectam a vida sexual da pessoa com D.M. - a sua auto-imagem, a sua capacidade de sedução, o sentir-se desejado, etc. . Com frequência, estas pessoas têm dificuldade em aceitar o seu crescimento e, em particular, a sua sexualidade. Continuarão a ser sempre a criança que não passará por qualquer crise da adolescência, nem por qualquer tentativa de autonomia, uma vez que continuará a necessitar dos cuidados dos pais.

Durante o período da latência, a criança com D.M. vai ter que encontrar o seu lugar, não só em casa como também na escola e na comunidade, o que constitui uma tarefa crítica. Na escola, é-lhe difícil investir nas actividades: as suas aprendizagens processam-se mais lentamente e são menos gratificantes para si e para os adultos significativos. Tem menos oportunidades de participar nos jogos de papéis ou de proceder a outro tipo de explorações que satisfaçam a sua curiosidade sexual: tem menos tempo e menos espaço livre para jogos não

materna, mas também pela incapacidade dos pais imporem limites aos seus filhos com D.M. e ensiná-los a respeitar a intimidade entre eles (Craft & Craft, 1978).

Na verdade, quando um filho tem deficiência mental, torna-se decepcionante para a mãe, afecta-a no plano narcísico, perturbando toda a identificação com ele. O pai, por sua vez, não consegue ajudar a mãe, sente-se também decepcionado por não ter podido gerar um filho saudável, sente-se angustiado por ver as suas expectativas frustradas. Estes factos, afirma Peñuelas (1993), « dificultam que o rapaz seja incorporado numa situação triangular, pois como é que se pode fazer cumprir a lei a uma criança que, desde que nasce, está destinada a viver fora das regras ? » .

No mesmo sentido, Jerusalinsky, citado por Peñuelas (1993), a propósito do impacto que tem o nascimento duma criança com D.M. junto dos pais, afirma :« Uma vida sem prazer, é uma vida sem desejo e este prazer gera-se na identificação com uma mãe contente, feliz e satisfeita de ter o seu filho e com um pai que lhe proporcione promessas de realização sexual futura no mundo exterior em compensação da inibição actual. É por este motivo que surgem, com tanta frequência, perturbações sexuais nas pessoas com deficiência mental, uma vez que o desejo da mãe fica perturbado, a reciprocidade da interacção deixa de ser gratificante devido à sua depressão e as promessas do pai de futuros relacionamentos sexuais são suprimidas. ». Todas estas carências afectam a vida sexual da pessoa com D.M. - a sua auto-imagem, a sua capacidade de sedução, o sentir-se desejado, etc. . Com frequência, estas pessoas têm dificuldade em aceitar o seu crescimento e, em particular, a sua sexualidade. Continuarão a ser sempre a criança que não passará por qualquer crise da adolescência, nem por qualquer tentativa de autonomia, uma vez que continuará a necessitar dos cuidados dos pais.

Durante o período da latência, a criança com D.M. vai ter que encontrar o seu lugar, não só em casa como também na escola e na comunidade, o que constitui uma tarefa crítica. Na escola, é-lhe difícil investir nas actividades: as suas aprendizagens processam-se mais lentamente e são menos gratificantes para si e para os adultos significativos. Tem menos oportunidades de participar nos jogos de papéis ou de proceder a outro tipo de explorações que satisfaçam a sua curiosidade sexual: tem menos tempo e menos espaço livre para jogos não controlados e vigiados pelos adultos e menos acesso aos contextos de socialização em que ocorrem as interacções com pares. De facto, alguns adultos quando surpreendem as crianças com D.M. nestes jogos de papéis com

controlados e vigiados pelos adultos e menos acesso aos contextos de socialização em que ocorrem as interações com pares. De facto, alguns adultos quando surpreendem as crianças com D.M. nestes jogos de papéis com conteúdos sexuais, intensificam a vigilância sobre elas. Contrastando com esta excessiva preocupação, outros adultos tendem a negligenciar a necessidade de ensinar à criança com D.M. que certos comportamentos devem ocorrer numa situação de privacidade. Com efeito, o aparecimento de sentimentos como a vergonha, o pudor e a malícia, indicadores da integração da moral sexual surgem na criança com D.M. mais tarde e, nalguns casos, numa forma incipiente, deficiente. É provável que um dos factores que contribui para esta insuficiência seja a exposição a modelos, socialmente pouco adequados, de comportamentos sexuais dos adultos. Comportamentos de maior intimidade sexual podem ocorrer na presença da criança com D.M. (Domenico, 1996). A negligência por parte de alguns pais, pode também levar à ocorrência de comportamentos sexuais socialmente inadequados como, por exemplo, masturbar-se na presença de estranhos, parecendo os adultos esquecer-se que a criança com D.M. tem dificuldade em interpretar, em discriminar o que deve e o que não deve fazer (Mitchell, 1987).

5. DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL DO ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA MENTAL

A eclosão da puberdade faz surgir no jovem com D.M., tal como nos outros, vivências contraditórias que causam insegurança, devido à incapacidade que sentem em controlar o corpo que cresce, se transforma e que proporciona sensações novas. Com efeito, o aparecimento das primeiras ejaculações e das poluições, pode provocar alguma inibição, vergonha ou receio. Por outro lado, a rapidez das mudanças corporais pode gerar estranheza e ansiedade especialmente no jovem com D.M., dada a dificuldade de integrar e reorganizar a representação mental de si mesmo. Alguns jovens com D.M. podem, aliás, atingir a puberdade, identificando a diferença anatómica entre os sexos pela presença ou ausência de um pénis, isto é, ignorando a existência da vagina, devido à ausência de educação sexual (Peñuelas, 1993). As hormonas provocam o aumento de desejo sexual e o aparecimento de fantasias, mais difíceis de concretizar nos jovens com D.M., o que faz com que a masturbação se torne o comportamento

sexual mais frequente. O erotismo permanece autocentrado mais tempo e dificilmente integra as relações afectivas que o jovem estabelece. A pouco e pouco, a vontade de experimentar o seu corpo novo e o desejo de saber o que está a acontecer com o corpo dos outros, levam alguns adolescentes com D.M. a vencer os seus medos e insegurança. A concretização destes desejos de exploração e experimentação sexual, quer em relação ao mesmo sexo, quer em relação ao sexo oposto, pode assumir diversas formas de expressão.

Durante esta fase, o adolescente com D.M. procura identificar-se com os adolescentes normais da sua idade : deseja vestir-se, comportar-se, falar como eles. Deseja incorporar na sua própria vida o que vê e o que ouve na televisão a respeito dos jovens, deseja ser como eles. Quer conviver com os jovens normais, fazer parte do seu grupo, participar nas suas actividades. Este desejo de ser igual, de querer ser como os outros jovens é tão grande que frequentemente se gabam de conquistas e encontros amorosos, a maior parte das vezes inventados (Morgenstern, 1979). No entanto, este desejo de identificação do adolescente com D.M. com os seus pares normais, raramente conduz à inclusão, no verdadeiro sentido da palavra, no grupo destes. Apesar deste desejo, a verdade é que, quer devido ao défice no seu desenvolvimento socio-cognitivo com consequências ao nível da tomada de perspectiva social, quer às limitações verificadas no processo de autonomização e separação dos pais, os adolescentes com D.M. raramente fazem parte do grupo dos adolescentes normais. Se não tiverem a oportunidade de encontrar um grupo de adolescentes com D.M. com quem possam envolver-se em novas experiências, com quem possam partilhar dúvidas e sentimentos, sossegar culpas e medos, o processo de construção da sua identidade torna-se ainda mais complexo e gravoso, uma vez que esta aproximação dos pares é necessária para estabelecer uma diferença na relação com os adultos, importante para que se elabore uma consciência de si mesmo (Peñuelas, 1993). O desejo de aproximação e identificação com os pares acompanha um difícil e parcial processo de separação-individuação dos pais que, nalguns casos, nem chegou a iniciar-se. Provavelmente se há alguma desidealização dos pais, tem a ver com o facto de estes deixarem de ser para os adolescentes com D.M. o seu único ideal do Eu, o que, a acontecer, irá ter repercussões a nível da sua identidade e da sua autonomia. No entanto, o facto de, na perspectiva dos pais, a deficiência mental implicar a continuidade da necessidade de apoio no futuro, leva-os a sentirem-se inseguros e confusos quanto ao modo como hão-de preparar o filho adolescente para a transição da vida adulta. Estes pais, provavelmente,

encorajarão mais a dependência, a obediência e a infantilidade do que a independência, a autonomia, o sentido da responsabilidade e o conhecimento sexual. As consequências destas atitudes dos pais foram evidenciadas num estudo realizado por Zetlin & Turner (1985), junto de 25 adolescentes com D.M. ligeira. Estes jovens queixaram-se da excessiva interferência dos pais na sua vida diária, da sua superprotecção e da sua relutância em permitir-lhes novas experiências e situações ou mesmo oportunidades de participar em actividades normais. Muitos destes adolescentes sentem que os pais os tratam como crianças, tomando todas as decisões por eles e ordenando-lhes tudo o que eles têm que fazer.

Alguns jovens com D.M. preocupam-se, igualmente, em definir a sua identidade sexual*. Todavia, devido à sua deficiência mental, quer o contexto familiar, quer o contexto escolar limitam-lhes a experiência sexual, sobretudo com o sexo oposto. Às vezes, a necessidade de estabelecer uma relação afectiva com o outro, sobretudo em contextos segregados, leva o deficiente mental a manifestar um comportamento homoafectivo que, se não receber uma orientação adequada, se pode converter numa fixação da sua identidade sexual (Belmonte, 1993).

Durante a adolescência, os jovens com D.M. parecem, também, procurar consolidar a sua orientação sexual. Embora haja pouca investigação sobre o assunto, supõe-se que, na base do seu processo de construção, estejam também envolvidos os desejos, as fantasias, as atracções e os relacionamentos, quer em relação ao sexo oposto, se a definição da sua orientação sexual se fizer no sentido da heterossexualidade, quer em relação ao mesmo sexo, se se fizer no da homossexualidade. As poucas oportunidades de convívio com os outros adolescentes e as medidas de restrição e de controle exercidas pelos pais relativamente a qualquer relação hetero ou homossexual de maior envolvimento, fazem com que, provavelmente, os jovens com D.M. encontrem maior dificuldade na definição da sua orientação sexual, tenham uma maior ambissexualidade ou sejam, em maior número, ambissexuais.

* A identidade sexual consiste na integração dos significados físicos, pessoais, sociais e culturais de ser Homem ou Mulher, incluindo todas as manifestações psicológicas do sexo de pertença, independentemente de resultarem de influências biológicas ou ambientais (Menezes, 1990).

estudo realizado por Zetlin & Turner (1985), junto de 25 adolescentes com D.M. ligeira. Estes jovens queixaram-se da excessiva interferência dos pais na sua vida diária, da sua superprotecção e da sua relutância em permitir-lhes novas experiências e situações ou mesmo oportunidades de participar em actividades normais. Muitos destes adolescentes sentem que os pais os tratam como crianças, tomando todas as decisões por eles e ordenando-lhes tudo o que eles têm que fazer.

Alguns jovens com D.M. preocupam-se, igualmente, em definir a sua identidade sexual*. Todavia, devido à sua deficiência mental, quer o contexto familiar, quer o contexto escolar limitam-lhes a experiência sexual, sobretudo com o sexo oposto. Às vezes, a necessidade de estabelecer uma relação afectiva com o outro, sobretudo em contextos segregados, leva o deficiente mental a manifestar um comportamento homoafectivo que, se não receber uma orientação adequada, se pode converter numa fixação da sua identidade sexual (Belmonte, 1993).

Durante a adolescência, os jovens com D.M. parecem, também, procurar consolidar a sua orientação sexual. Embora haja pouca investigação sobre o assunto, supõe-se que, na base do seu processo de construção, estejam também envolvidos os desejos, as fantasias, as atracções e os relacionamentos, quer em relação ao sexo oposto, se a definição da sua orientação sexual se fizer no sentido da heterossexualidade, quer em relação ao mesmo sexo, se se fizer no da homossexualidade. As poucas oportunidades de convívio com os outros adolescentes e as medidas de restrição e de controle exercidas pelos pais relativamente a qualquer relação hetero ou homossexual de maior envolvimento, fazem com que, provavelmente, os jovens com D.M. encontrem maior dificuldade na definição da sua orientação sexual, tenham uma maior ambissexualidade ou sejam, em maior número, ambissexuais.

Quanto ao desenvolvimento da percepção dos papéis sexuais, no estudo de Morgenstern (1979) atrás referido, constatou-se que, embora os adolescentes com D.M. diferenciem melhor os papéis sexuais que os seus iguais mais novos, não conseguiam, contudo, comparativamente aos sujeitos normais da mesma

* A identidade sexual consiste na integração dos significados físicos, pessoais, sociais e culturais de ser Homem ou Mulher, incluindo todas as manifestações psicológicas do sexo de pertença, independentemente de resultarem de influências biológicas ou ambientais (Menezes, 1990) .

Quanto ao desenvolvimento da percepção dos papéis sexuais, no estudo de Morgenstern (1979) atrás referido, constatou-se que, embora os adolescentes com D.M. diferenciem melhor os papéis sexuais que os seus iguais mais novos, não conseguiam, contudo, comparativamente aos sujeitos normais da mesma idade, distanciar-se totalmente do papel feminino. Mesmo os jovens com D.M. com 17 anos ou mais apresentavam preferências quanto ao papel sexual semelhantes aos jovens normais de menos de 17 anos.

Num outro estudo, contemporâneo do anterior, o mesmo autor procurou, através das figuras de identificação de 500 sujeitos com D.M. e normais, conhecer a imagem que os sujeitos com D.M. faziam de si mesmos, assim como detectar se as figuras de identificação correspondiam às preferências de papéis. Os resultados revelaram que só entre os 16 e os 18 anos é que os jovens com e sem deficiência mental se assemelham mais entre si, no que se refere à identificação ao seu próprio sexo. Os resultados deste estudo e do anterior confirmam, segundo Morgenstern, que as crianças e os jovens com D.M. necessitam de mais tempo que os normais para definir a sua identidade sexual, para estabelecer o seu papel sexual e para construir a sua identidade pessoal. O mesmo autor concluiu ainda que o jovem com D.M. tem menos consciência da sua identidade. Tende mais a negar, a não enfrentar as suas limitações, está menos vinculado aos seus próprios companheiros, o seu Ego tende a ter menos poder e controlo que o dos jovens normais da sua idade.

Quanto às formas de expressão sexual, os comportamentos sexuais solitários, nomeadamente a masturbação, representam provavelmente o comportamento sexual mais comum entre os adolescentes com D.M. moderada, substituindo, com frequência, outras formas de gratificação. Este comportamento é melhor aceite, familiar e socialmente, que os comportamentos socio-sexuais cuja progressão no sentido da relação de casal, tal como acontece com os outros jovens, não se pode fazer ou se faz a um preço elevado. Se por um lado a sexualidade não se reduz ao coito, por outro implica a capacidade de evoluir para uma relação em que se integram aspectos diferentes como apaixonar-se, sentir atracção, desejar-se, proteger-se, ter um projecto de continuidade, etc. Ora, como afirma Peñuelas (1993), pode-se supor que o modo como o jovem com D.M. se apaixona, seja diferente do do jovem normal, não só devido à dificuldade em integrar os diferentes aspectos da sexualidade, mas também pelo escasso apoio sócio-familiar que recebe. De facto, quando um jovem com D.M. diz que está apaixonado por uma jovem e se aproxima sexualmente dela, as reacções do meio

sócio-familiar podem ser as mais diversas, desde a preocupação, à negação, à não valorização ou até à repressão directa.

Não obstante a conclusão do processo de maturação fisiológica do jovem com D.M. conferir ao seu corpo e a algumas das suas manifestações sexuais, características próximas da idade adulta, a discrepância entre a sua idade cronológica e a sua capacidade cognitiva funcional* gera conflitos entre estes jovens e os seus pais devido à existência de expectativas bastante diferentes quanto aos seus papéis sexuais e quanto aos seus projectos para o futuro. A ausência de raciocínio formal não permite a racionalização destes conflitos e faz com que a adolescência constitua, por vezes, segundo Zetlin e Turner (1985), uma fase de intensa perturbação e stress, em que os adolescentes lutam para definir a sua relação com a sociedade, assim como os papéis e estilo de vida que querem assumir.

Em suma, o desenvolvimento sexual da criança e do adolescente com D.M. é muito mais vulnerável a alterações que o da criança e adolescente normais devido à interferência quer de factores orgânicos (como por exemplo, anomalias cromossómicas), quer a factores psicológicos (como a menor tolerância às tensões internas e externas, a maior debilidade do ego, maior dificuldade na discriminação, interpretação e integração dos estímulos ambientais, relações mais pobres com pessoas e objectos), quer a factores ambientais (como ausência de exigências de autonomia e de imposições sociais por parte dos pais ou a ausência de respostas adaptativas às mudanças desenvolvimentais por parte dos mesmos). Por este motivo, é determinante que os pais de crianças e adolescentes com D.M., mais que os das crianças e adolescentes normais, tenham um papel activo e estimulante, organizador e estruturante do seu desenvolvimento psicosexual. Mais que a outros, é pedido a estes pais um maior esforço de reconhecimento e de adaptação em relação ao processo de separação e autonomização dos filhos adolescentes e um maior incentivo ao seu processo de aproximação dos pares, essenciais para que se desenvolva o processo de construção da sua identidade e a capacidade de fazer e manter relações interpessoais significativas (investimentos afectivo-sexuais autónomos e responsáveis).

* Em termos de desenvolvimento cognitivo, o adolescente com D.M. , no máximo, atinge o estágio das operações concretas.

características próximas da idade adulta, a discrepância entre a sua idade cronológica e a sua capacidade cognitiva funcional* gera conflitos entre estes jovens e os seus pais devido à existência de expectativas bastante diferentes quanto aos seus papéis sexuais e quanto aos seus projectos para o futuro. A ausência de raciocínio formal não permite a racionalização destes conflitos e faz com que a adolescência constitua, por vezes, segundo Zetlin e Turner (1985), uma fase de intensa perturbação e stress, em que os adolescentes lutam para definir a sua relação com a sociedade, assim como os papéis e estilo de vida que querem assumir.

Em suma, o desenvolvimento sexual da criança e do adolescente com D.M. é muito mais vulnerável a alterações que o da criança e adolescente normais devido à interferência quer de factores orgânicos (como por exemplo, anomalias cromossómicas), quer a factores psicológicos (como a menor tolerância às tensões internas e externas, a maior debilidade do ego, maior dificuldade na discriminação, interpretação e integração dos estímulos ambientais, relações mais pobres com pessoas e objectos), quer a factores ambientais (como ausência de exigências de autonomia e de imposições sociais por parte dos pais ou a ausência de respostas adaptativas às mudanças desenvolvimentais por parte dos mesmos). Por este motivo, é determinante que os pais de crianças e adolescentes com D.M., mais que os das crianças e adolescentes normais, tenham um papel activo e estimulante, organizador e estruturante do seu desenvolvimento psicosssexual. Mais que a outros, é pedido a estes pais um maior esforço de reconhecimento e de adaptação em relação ao processo de separação e autonomização dos filhos adolescentes e um maior incentivo ao seu processo de aproximação dos pares, essenciais para que se desenvolva o processo de construção da sua identidade e a capacidade de fazer e manter relações interpessoais significativas (investimentos afectivo-sexuais autónomos e responsáveis) .

Em síntese: Começámos pelas fases iniciais, situando-as na relação binominal mãe-criança e no prazer autoerótico que esta obtém das suas funções vitais (alimentação, defecção, micção). Especialmente no caso das crianças com D.M. , analisámos a importância da função estimuladora e organizadora da mãe

* Em termos de desenvolvimento cognitivo, o adolescente com D.M. , no máximo, atinge o estágio das operações concretas.

Em síntese: Começámos pelas fases iniciais, situando-as na relação binominal mãe-criança e no prazer autoerótico que esta obtém das suas funções vitais (alimentação, defecção, micção). Especialmente no caso das crianças com D.M. , analisámos a importância da função estimuladora e organizadora da mãe em relação a esse mesmo desenvolvimento, dada a maior dificuldade desta lidar com as exigências do seu mundo interno e externo. Analisámos, na fase edipiana, as particularidades e a dinâmica da relação triangular mãe-filho-pai. No caso da criança com deficiência mental, sublinhámos a especial importância do pai enquanto modelo de identificação e "representante" da lei capaz de promover a estruturação da personalidade do rapaz com D.M., dada a sua excessiva vinculação e dependência da figura materna.

Prosseguimos com a fase de latência em que surgem os primeiros sentimentos morais e em que outras instâncias sociais para além dos pais, como a escola, contribuem para a repressão dos impulsos sexuais, proporcionando a sua sublimação através das actividades intelectuais e lúdicas. No caso da criança com D.M. , realçámos, essencialmente, a importância dos pais no ensino e modelagem das regras e normas de adequação social dos comportamentos sexuais, dada a dificuldade que a criança com D.M. tem em discriminar e interpretar o que deve e o que não deve fazer.

Terminámos com a fase da adolescência, analisando as diferentes mudanças ocorridas no adolescente, tanto no seu mundo interior como no exterior. Enfatizámos a importância que o processo de aproximação e identificação ao grupo de pares tem para o processo de diferenciação e autonomização em relação aos pais e para a construção da identidade no adolescente com D.M. , sendo, na maioria dos casos, a integração no grupo de pares dificultada não só pelas limitações a nível socio-cognitivo do próprio adolescente com D.M., mas também / em grande parte pelos impedimentos que os pais criam devido ao receio que sentem face a investimentos autonomizantes afectivo-sexuais dos filhos.

Capítulo 3 - COMPORTAMENTO SEXUAL DOS ADOLESCENTES NORMAIS E COM DEFICIÊNCIA MENTAL

INTRODUÇÃO

Neste capítulo procuramos caracterizar e sistematizar os comportamentos dos adolescentes com e sem deficiência mental no domínio da sexualidade. Consideramos como Yagüe (1993) que a sexualidade deve ser entendida como o modo como cada pessoa vive o seu sexo; a forma, a maneira como se vive enquanto pessoa sexuada, em cada idade e circunstância.

Baseando-nos nesta concepção da sexualidade, são abrangidos pela designação de comportamentos sexuais, quer comportamentos de carácter estritamente sexual (por exemplo, a masturbação, as relações sexuais), quer outras manifestações da mesma (por exemplo, o namoro, a sedução), quer ainda outros comportamentos com ela directamente relacionados (por exemplo, a conquista da autonomia e a auto-afirmação).

A literatura e a investigação sobre a temática dos comportamentos sexuais é dispersa, tornando-se de grande utilidade a organização de grandes tipos de comportamentos como a que passamos a propor:

1. Comportamentos Sexuais Iniciais; 2. Comportamentos Sexuais Solitários; 3. Comportamentos Amorosos; 4. Comportamentos Sócio-Sexuais; 5. Comportamentos Sexuais Desviantes; 6. Outros Comportamentos Sexuais. Para esta tipologia utilizámos os seguintes critérios: os comportamentos sexuais iniciais são aqueles que têm um carácter exploratório e aparecem no início da adolescência; os comportamentos sexuais solitários são os que não implicam um parceiro(a) na sua realização; os comportamentos amorosos são os que estão implicados na construção do amor romântico; os comportamentos sócio-sexuais são os que implicam a interacção com progressiva intimidade sexual com um(a) parceiro(a); os comportamentos sexuais desviantes são socialmente inaceitáveis; os outros comportamentos sexuais são os que, atravessando estes critérios, acrescentam qualificações aos anteriores.

Estes diferentes tipos não são mutuamente exclusivos e a tipologia que constituem é uma proposta de classificação dos comportamentos sexuais que decorre não apenas da sistematização da literatura, mas que foi já, em certa medida, também informada pelos dados do nosso estudo empírico.

A inclusão de contribuições da nossa investigação para a estrutura de um capítulo teórico apresenta, a nosso ver, a dupla vantagem de enriquecer este e de o tornar mais directamente útil para a interpretação dos resultados. Aliás, cabe a este propósito recordar que consideramos este trabalho como um todo integrado,

em que a selecção e a organização dos aspectos abordados na parte teórica são, em certa medida, orientados pelas questões de investigação que procuramos esclarecer. É também verdade que estas últimas decorrem da identificação de temáticas ainda pouco esclarecidas na literatura, tratando-se, no entanto, de um processo interactivo e bidireccional entre trabalho conceptual e empírico. De qualquer modo, na organização deste capítulo, preocupámo-nos sempre em salientar a progressão gradual e sequencial dos comportamentos sexuais dos adolescentes no sentido duma maior intimidade sexual.

Como vimos no primeiro capítulo, uma das perspectivas que ressalta da revisão bibliográfica sobre as representações da sexualidade do adolescente é que estas resultam da actividade de elaboração psicológica e da relação que o sujeito que representa mantém com o adolescente representado. Uma questão interessante se coloca então: conhecer a influência que o grau de proximidade física e psicológica tem sobre a representação da sexualidade do adolescente.

Para esclarecer as transformações ou deformações que o sujeito que representa produz no objecto, é necessário conhecer a descrição existente na literatura científica sobre o comportamento sexual do adolescente, à qual é atribuído o estatuto de objectividade científica. Se uma das utilidades deste capítulo é a de vir a possibilitar a comparação entre as representações e o conhecimento objectivo (científico) dos comportamentos sexuais, por outro lado, este capítulo vale por si mesmo enquanto integração e sistematização problematizada do tema, levantando questões até hoje pouco esclarecidas.

A revisão de literatura existente neste domínio não foi tarefa fácil, nomeadamente no que se refere aos comportamentos sexuais dos adolescentes com deficiência mental. Contrariamente ao que aconteceu com os adolescentes normais, encontrámos muito pouca literatura publicada nas duas últimas décadas sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes com D.M. e uma parte substancial apresenta lacunas no rigor metodológico: na realização do diagnóstico, na construção da amostra, na adaptação dos instrumentos utilizados e/ou no próprio tratamento dos dados. Para além disso, uma grande parte dos estudos utiliza amostras distintas no que se refere à idade, ao nível de deficiência mental e/ou ao regime de atendimento, sendo mais acessível, menos dispendioso e mais rápido estudar os comportamentos sexuais das pessoas com D.M. institucionalizadas do que o das que vivem na comunidade. Contudo a maior parte da investigação estuda o primeiro tipo de população.

Um outro problema prende-se com o critério de selecção dos sujeitos que constituem a amostra. Na maioria dos casos, esse critério corresponde apenas à condição de ter deficiência mental, sem que se especifiquem os níveis de deficiência mental. Ora existem diferenças consideráveis na incidência de cada um dos níveis de deficiência mental em relação ao total da população com D.M. (DSM - IV, 1994). Também as características gerais da sexualidade de cada um destes níveis (Testal & Santos, 1995) são diferentes. A título de exemplo, os sujeitos com D.M. de nível profundo constituem 1 a 2% do total da população com deficiência mental e a sua sexualidade reduz-se, preaticamente, a actividades de auto-estimulação, enquanto que os sujeitos com D.M. de nível moderado* constituem aproximadamente 10% da mesma e a sua sexualidade pode manifestar-se numa grande variedade de comportamentos sexuais auto-eróticos, como a masturbação e sócio-sexuais como as relações sexuais (hetero) e homossexuais. O valor prático dos resultados reduz-se ainda mais quando numa mesma amostra são incluídos tanto sujeitos com D.M., como sujeitos psicóticos devido à indeferenciação que persiste, para alguns autores, entre deficiência mental, perturbações da aprendizagem e doença mental, não obstante as prováveis diferenças entre os seus comportamentos sexuais.

As repercussões sociais de determinados aspectos da vida sexual, vulgarmente associados à idade adulta, como casar, ter filhos, estão na base do maior interesse dos autores por esta faixa etária que pela adolescência.

Outro obstáculo com que deparámos foi o da escassez de estudos sobre determinados comportamentos sexuais como, por exemplo, os designados comportamentos amorosos - namoro, sedução -, possivelmente relacionada quer com a pouca visibilidade do fenómeno devida à repressão que é exercida sobre os sujeitos com D.M. , quer com a dificuldade em obter auto-relatos fiáveis da parte dos próprios sujeitos (Sigelman, Budd, Winer, Schoenrock & Martin, 1982). Na realidade, as dificuldades a nível da leitura, da escrita, da compreensão e da expressão tornam pouco viável o recurso quer aos auto-relatos verbais, quer aos questionários auto-preenchidos como meios de conhecer as suas vivências sexuais. Daí que a quase totalidade dos estudos se baseie na observação dos comportamentos sexuais das pessoas com D.M. feita pelos pais ou pelos

* Gomez & Alberdi (1993) referem que, de acordo com a O.M.S., apenas os ligeiros e médios podem ser estudados em conjunto (no mesmo grupo).

profissionais, o que coloca reservas à sua objectividade. Se não incluíssemos as investigações que apresentam as limitações referidas, restar-nos-iam poucas investigações capazes de contribuir, dum modo rigoroso e válido, para a compreensão do nosso objecto de estudo, pelo que, para esclarecer determinados fenómenos nele abordados, tivemos que recorrer a elas, chamando sempre a atenção para as suas limitações metodológicas. Daqui resultou uma grande dispersão das informações, o que nos obrigou a um esforço pessoal para a sua integração.

Algumas dificuldades com que deparámos na revisão da literatura relativa aos comportamentos sexuais dos adolescentes com D.M. repetiram-se em relação aos comportamentos sexuais dos adolescentes normais, essencialmente devido à ausência de valor prático dos seus resultados para o nosso estudo, só que este aspecto é pouco relevante, uma vez que nem a dispersão, nem a quantidade de informação é, de maneira alguma, comparável à existente em relação aos comportamentos sexuais dos primeiros. Este facto, no entanto, não impediu que a abordagem dos comportamentos sexuais dos adolescentes normais, para além de servir de referência para analisar os comportamentos sexuais dos adolescentes com D.M., contribuisse para aprofundar e enriquecer esta temática em que ainda há muito por esclarecer.

Concluída esta breve análise crítica às metodologias utilizadas na investigação dos comportamentos sexuais dos adolescentes com e sem D.M., passaremos a descrever e caracterizar cada um dos diferentes tipos de comportamentos sexuais, suas funções e factores determinantes. Começaremos pela descrição e caracterização dos comportamentos sexuais dos adolescentes com D.M., seguindo-se-lhe a dos adolescentes normais, efectuando, a partir daí, uma análise comparativa, com o objectivo de detectar as diferenças e semelhanças entre ambos, assim como a compreensão das mesmas.

1. COMPORTAMENTOS SEXUAIS INICIAIS

Os comportamentos sexuais iniciais incluem os subtipos de comportamentos: conhecimento sexual; manifestações de interesse sexual; jogos sexuais com o sexo oposto; a comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo. Têm de saliente, em comum, o carácter exploratório dos comportamentos dos adolescentes que visam a aquisição de conhecimento

sexual e a descoberta e experimentação dos novos aspectos sexuais do seu corpo e do dos outros.

Conhecimento Sexual - Os adolescentes com deficiência mental têm em geral um conhecimento sexual limitado. Desde que nascem, as pessoas com deficiência mental têm muito menos hipóteses de receber informação e mensagens em relação aos aspectos sexuais (Garcia, 1993). Há pais que sentem uma certa ansiedade em falar de aspectos da sexualidade com os seus filhos com D.M., pois receiam que estes venham a interessar-se pelo assunto e por isso falam pouco e quando falam, fazem-no com o objectivo único de dissuadi-los ou de adverti-los em relação aos perigos da sexualidade (Garcia, 1993). Mesmo os pais que afirmam dar educação sexual aos filhos com D.M., transmitem-lhes, sobretudo, informações sexuais incompletas e insuficientes (Ionescu, 1990) devido a um medo que se baseia, muitas vezes, na antecipação de acontecimentos que sentem como ameaçadores (por exemplo, procriação). Também há os que estão interessados na educação sexual dos seus filhos com D.M., mas cujo conservadorismo em relação à sexualidade os impede que o façam. (Reynolds & Mann, 1987). Há ainda os que receberam uma educação sexual tão pobre que só podem transmitir a ignorância que eles próprios possuem neste domínio (Kempton, 1975 ; Huntley & Benner, 1993). De acordo com um estudo comparativo de Watson e Rogers (1980), os adolescentes com D.M. demonstraram ter um nível de conhecimento sexual mais baixo que os adolescentes normais. Mais, no que respeita à adesão a falsas crenças, 72% dos adolescentes com D.M., comparativamente a 61% dos adolescentes normais, acreditavam « que a masturbação fazia mal» e 54% dos adolescentes com D.M. comparativamente a 39% dos normais acreditavam «na impossibilidade de se engravidar na primeira ocorrência de relações sexuais». Num outro estudo comparativo de Gillies e McEwen (1981), de adolescentes com D.M. e adolescentes normais, os primeiros evidenciaram lacunas significativas no seu conhecimento sexual, nomeadamente sobre a contracepção, a menstruação, o aborto, as D.S.T. e a homossexualidade. Estas diferenças encontradas ao nível do conhecimento sexual estão menos correlacionadas com o défice cognitivo do que com a história institucional-educativa, o local de residência e as experiências de interacção (Edmonson, McCombs & Wish, 1979). São essencialmente as atitudes dos pais e dos professores/profissionais relativamente à informação sexual, mais que a sua própria deficiência mental que determinam o limitado e

impreciso conhecimento sexual dos adolescentes com D.M. (Katoda, 1993). Os adolescentes normais, mesmo os mais jovens, têm demonstrado em diversos estudos ter alguns conhecimentos sexuais sobre a anatomia dos sexos, alterações e processos fisiológicos, formas de relacionamento sexual e, no caso dos mais velhos, parecem mesmo estar razoavelmente bem informados sobre a contracepção (Moore e Rosenthal, 1993). É provável que este nível de conhecimento sexual tem beneficiado das campanhas de prevenção da SIDA. Porém, duma forma geral, a informação sexual que os adolescentes normais têm é imprecisa e inadequada, principalmente se é proveniente apenas do grupo de pares (Menezes, 1990).

Manifestações de Interesse Sexual - Os adolescentes com D.M. procuram satisfazer o seu interesse e curiosidade sexual através das informações que obtêm da observação directa de pessoas normais no contexto familiar e institucional, quer indirectamente nos media (TV, video, revistas...) e através das suas próprias experiências sexuais (Bermejo & Verdugo, 1993). Gostam muito de falar de sexo, embora tenham poucas oportunidades de o fazer (Garcia, 1993). A este propósito, Belmonte (1993) constatou que os adolescentes com D.M. não têm à vontade em falar sobre este assunto com os pais e profissionais pois receiam ser castigados. Este mesmo facto foi confirmado no estudo de Sanchez (1993), em que só 21% dos 32 pais investigados, com filhos com D.M. entre 17 e os 35 anos, é que afirmaram que os filhos participavam em conversas sobre o sexo. Outros estudos têm evidenciado que os adolescentes com D.M. gostam de utilizar palavras que tenham conotação sexual, contam histórias picantes e riem-se delas tal como os outros.

As brincadeiras sexuais com o sexo oposto são uma outra forma de expressão do desejo dos adolescentes com D.M. de se conhecerem melhor a si próprios e, sobretudo, aos outros, do ponto de vista sexual. Apalpar as raparigas e espreitá-las enquanto se despem ou tomam banho para a ginástica, jogar ao «caça-beijos», ao «caça-namorados», são algumas das brincadeiras mais comuns entre os adolescentes com D.M. durante esta fase (Katz, 1993).

A comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo é uma forma dos adolescentes com D.M. tentarem resolver a confusão, a dúvida e a curiosidade que a sexualização do corpo, as alterações da sua imagem corporal que acontecem nesta fase lhe causam, à semelhança do que tem sido descrito nos adolescentes normais.

Os jogos sexuais com o mesmo sexo são, essencialmente, troca de carícias que permitem ao jovem conhecer-se melhor e explorar sensações sexuais através de outro que é igual a si. Este tipo de comportamentos tem habitualmente uma natureza transitória, mas pode tornar-se mais duradouro em contextos institucionais segregados com regime de internato, em que as relações com o sexo oposto ou são inexistentes ou reprimidas (Katz, 1993).

Os adolescentes normais sentem maior interesse pelas questões sexuais e procuram mais informações sobre o assunto (Williams, 1991). Para obter estas informações, o adolescente pode, por exemplo, falar com os pais, com os professores, com os pares, ler livros e revistas, ver os media. Num estudo com 100 adolescentes, 50 do sexo feminino e 50 do sexo masculino, com idade média de 16 anos, estudantes do ensino secundário, Pereira (1993) obteve para o sexo masculino as seguintes percentagens, relativas ao recurso às diversas fontes de informação sexual: 88% recorre a amigos (gr. de pares), 48% aos pais (sobretudo à mãe), 44% à televisão, 44% à leitura de livros e revistas, 29% a irmãos e 10% a professores. É ao grupo de pares que os adolescentes recorrem mais para falar de sexo e obter informações, embora tenham consciência que estas podem não ser exactas (Currie, 1990). Esta escolha preferencial explica-se pela horizontalidade que mantêm com os pares, o que lhes permite sentirem-se mais confortáveis a falar e a abordar estas questões sexuais e terem mais confiança na sua compreensão e discrição. Os pais, especialmente a mãe, aparecem logo a seguir como a fonte de informação sexual mais importante para estes adolescentes. Numa pesquisa da mesma autora, complementar desta, junto dos pais destes adolescentes, são as mães que continuam a ter o papel mais activo na abordagem das questões sexuais e chegam mesmo a ser as confidentes dos rapazes, já que o pai tem dificuldade em abordar temas intrínsecos à sexualidade, como os afectos, ou então fá-lo duma forma mais implícita do que explícita. Os adolescentes reconhecem saber e experiência aos pais neste domínio, mas sentem-se embaraçados, avaliados e ameaçados perante eles.

A leitura e a visualização dos media surge como a terceira fonte de informação mais importante, embora o adolescente considere que estes nem sempre respondem às suas necessidades. Os media consumidos duma forma clandestina por alguns adolescentes representam para estes uma fonte acessível e pouco ameaçadora de explorar o mundo desconhecido e cheio de atractivos da sexualidade, assim como uma possibilidade de exploração de sensações novas. Os media proporcionam aos jovens, desde muito novos, a possibilidade de

aprender todo o "script" do que é fazer, como se faz e quando se faz sexo. A qualidade desta fonte pode ser questionada, dado que muitas vezes apresenta uma forma estereotipada de relação entre o homem e a mulher, da qual a afectividade e a intimidade estão ausentes.

Os professores (escola) são a fonte de informação sexual menos escolhida por parte dos adolescentes normais. O seu saber neste domínio é reconhecido, mas a ausência de laços afectivos, por um lado, e o carácter demasiado institucional, por outro, inibem a discussão íntima de temas sexuais. Esta fraca escolha dos professores também já havia sido detectada por um estudo de Allen (1987), referido por Moore & Rosenthal (1993), numa população (amostra) idêntica à anterior e por Goldman e Goldman (1982), num estudo comparativo sobre a educação sexual de adolescentes de vários países (Inglaterra, Austrália, USA). Entre adolescentes normais, as comparações das alterações ocorridas na sua imagem corporal com as dos seus pares é de igual modo uma procura de resposta a questões como : « Estarei a crescer, a desenvolver-me dentro dos parâmetros normais?»; «E se sou diferente... ?» (Moore & Rosenthal, 1993). Esta preocupação com a conformidade da nova imagem corporal às expectativas da cultura juvenil, assim como o embaraço e a consciência que sentem de que lhes foge ao controlo, vão provocar, durante algum tempo, uma certa inibição do adolescente em relação ao sexo oposto e uma aproximação do mesmo sexo.

Os jogos sexuais com o mesmo sexo são uma forma de experimentação sexual transitória típica, sobretudo do início da adolescência. Este tipo de comportamentos permite ao adolescente conhecer-se melhor a si próprio e aos outros, contribuindo, assim, para a construção da sua identidade sexual (Costa, 1998). O predomínio da amizade com o mesmo sexo e as inibições perante o sexo oposto, sentido nesta fase de mudanças bruscas como desconhecido, levam a que o adolescente procure através duma forma menos ameaçadora e mais confortável, essencialmente a validação do seu corpo e das suas novas sensações. O facto de o adolescente poder, eventualmente, confundir estes jogos, estas actividades ocasionais com o mesmo sexo com a homossexualidade, associada frequentemente a estigmas como a doença, a perversão, a tara e o pecado, pode levá-lo a sentir-se homossexual e a sofrer com isso. Vários estudos têm demonstrado que é absolutamente comum entre os adolescentes a confusão entre actividade homossexual, fantasias homossexuais e orientação sexual (Moore & Rosenthal, 1993). Estas manifestações homossexuais (fantasias, actividades) poderão vir a ser parte integrante, mas não suficiente, sobretudo não

determinante, do desenvolvimento e definição de uma identidade homossexual. Baseando-nos nas fontes fornecidas por Menezes (1990), cerca de 20% dos estudantes universitários americanos afirmaram ter tido algumas experiências homossexuais durante o final da infância e o princípio da adolescência, enquanto menos de 5% consideravam ter uma orientação homossexual exclusiva.

Em síntese, tanto os adolescentes com D.M. como os normais evidenciam um grande interesse sexual, o que os leva a manifestar comportamentos exploratórios relativamente semelhantes. Quer uns quer outros procuram aumentar os seus conhecimentos sexuais. Esta procura é menos intensa e leva a conhecimentos menos precisos nos adolescentes com D.M. . Para tal utilizam meios e fontes semelhantes, embora o adolescente com D.M. encontre mais obstáculos em aceder a todos eles, porque habitualmente têm pouca autonomia social, para tal contribuindo o facto de não serem treinados para isso e convivem pouco com pares fora do contexto institucional, onde são regularmente vigiados. A frequência e a permanência, para além do início da adolescência, das brincadeiras sexuais com o sexo oposto entre os adolescentes com D.M. provavelmente relacionam-se com o baixo conhecimento sexual, com as dificuldades de construção e de integração da sua identidade de género e sexual.

Uns e outros fazem comparações do seu corpo mudado, mas o nível de inquietação e de orgulho que sentem em relação a ele é provavelmente diferente. Tanto adolescentes com D.M., como adolescentes normais envolvem-se em experimentações sexuais com o mesmo sexo, que consistem, essencialmente, na troca de carícias, podendo, no entanto, ir até ao orgasmo. A comparação e a troca de experiências sexuais ajudam-nos a reformular a imagem que têm do seu corpo e a ajustarem-se às novas modificações. Enquanto perante este tipo de envolvimento alguns pais e professores de adolescentes normais se preocupam e receiam que estes venham a tornar-se homossexuais, os pais e os professores dos adolescentes com D.M. parecem preocupar-se essencialmente com envoltimentos heterossexuais devido ao fantasma da gravidez : os primeiros ignorando que os jogos homossexuais transitórios existem, os segundos mostrando-se displicentes em relação a eles.

2. COMPORTAMENTOS SEXUAIS SOLITÁRIOS

Comportamentos sexuais solitários é uma expressão de Katchdourian (1990), referida por Moore & Rosenthal (1993), que designa os comportamentos que não requerem a participação de parceiro(a) para a sua realização. Correspondem aos subtipos de comportamentos fantasias sexuais e masturbação.

As poluções nocturnas ou sonhos molhados são ejaculações involuntárias que ocorrem no início da adolescência enquanto os adolescentes dormem, na sequência de sonhos com conteúdo sexual ou de movimentos que possam provocar uma sensação agradável no pénis.

Os adolescentes com D.M. ficam muito perturbados e assustados em relação a estas quando acordam e se encontram molhados e por ignorância pensam que urinaram na cama (Katz, 1993).

Os adolescentes normais podem sentir-se embaraçados e desconfortáveis com a ocorrência destas ejaculações involuntárias associadas, a maior parte das vezes, a sonhos eróticos que podem desencadear alguma preocupação e mesmo culpabilidade.

As fantasias dos adolescentes com D.M. podem referir-se a ídolos, adultos ou mesmo a jovens que conhecem e admiram e por quem se apaixonam (Katz, 1993). A dimensão afectiva ou sexual do seu conteúdo é variável de adolescente para adolescente. Podem ocorrer ainda em relação a uma pessoa desconhecida com ou sem suporte visual concreto. As fantasias heterossexuais são acompanhadas, nalguns adolescentes com D.M. pela masturbação, mas são menos frequentes que nos normais, de acordo com Lleror, referido por Marin, Bravo & Perfumo (1993). Estas fantasias, não obstante poderem desencadear certa ansiedade, são uma fonte de prazer e de vivência do desejo sexual, substituindo e compensando a satisfação de necessidades afectivo-sexuais, socialmente estipuladas como inatingíveis ou inapropriadas.

As fantasias sexuais dos adolescentes normais são, por si só ou enquanto parte de outro comportamento sexual, a actividade sexual mais comum, segundo afirma Katchadourian, referida por Moore & Rosenthal (1993). Estas fantasias têm uma função adaptativa, proporcionando ao adolescente a possibilidade de obter prazer e de reconhecer as suas necessidades e preferências sexuais, assim como ensaiá-las, vivenciá-las duma forma não ameaçadora. Contudo o conteúdo erótico (sentimentos sexuais envolvidos nas encenações) de algumas destas

fantasias pode ser percebido como perverso ou proibido, o que pode provocar sentimentos de culpa e ansiedade (Costa, 1998).

A masturbação consiste na estimulação e manipulação dos órgãos genitais com o objectivo de provocar excitação e obter prazer sexual. É um dos comportamentos sexuais mais característicos dos adolescentes com D.M.. Estes podem aprender a masturbar-se eficazmente com outros jovens mais velhos ou descobrir sozinhos, demorando mais tempo a consegui-lo. Neste último caso, a descoberta acontece por ocasião duma erecção (Katz, 1993). Este comportamento permite ao adolescente com D.M. obter a satisfação do desejo sexual, descobrir como funciona o corpo e as novas sensações a ele associadas. Pode ser vivido por ele com um misto de prazer e de curiosidade, mas também com muitas dúvidas, confusões e receios. As afirmações de um jovem com D.M., que transcrevemos de Belmonte (1993, p. 56), são disso testemunho: « Quando me vem...em casa, a minha mãe diz que faz mal fazer isso, e se disser ao meu pai ele zanga-se, mas o meu irmão diz que não faz mal.» ; um outro D.M. diz: «Não é permitido a nenhum homem, é só um pouco se for casado e se a mulher estiver de acordo.». Apesar da repressão mais ou menos subtil de alguns pais e da ausência de um conhecimento correcto que prevalece entre esta população a respeito da masturbação, vários estudos abrangendo pessoas com D.M. desde a puberdade até à vida adulta, têm demonstrado que esta representa o comportamento sexual com maior incidência no sexo masculino (Cañas, 1993; Marin et al. , 1993). No entanto, a incidência deste comportamento entre os adolescentes normais e adolescentes com D.M. é igual, de acordo com um estudo realizado na Universidade de Indiana por Lleror, referido por Marin, Bravo e Perfumo (1993).

A masturbação pode ser usada pelos adolescentes com D.M. não só como redutora de tensão e fonte de prazer sexual, mas também como refúgio ou substituição da ausência duma relação afectivo-sexual satisfatória com os pares, como diz um jovem com D.M., citado por Belmonte (1993, p. 56) : « É fatal, porque faço por aborrecimento ou quando me sinto só...». Se não for proporcionada a este jovem mais informação sexual, outras ocupações, actividades e lazeres mais motivadores e atraentes, bem como oportunidades de se encontrar e relacionar com jovens do outro sexo, a masturbação poderá tornar-se a sua única e exclusiva forma de expressão.

Se bem que os adolescentes com D.M., sobretudo os Síndrome de Down, tenham poluções, erecções e se masturbem, tudo isto é vivido por eles como se

fossem aspectos parciais da sua sexualidade, uma vez que lhe falta a integração, a relação causa-efeito - que tem origem na fantasia sexual que lhe provoca uma erecção e o desejo de se masturbar que leva à ejaculação e à descarga da tensão (Peñuelas, 1993). Alguns adolescentes com D.M. poderão masturbar-se em público, embora se desconheça a incidência dos que o fazem (Bermejo e Verdugo, 1993; Mitchell, 1987).

No estudo de Sanchez (1993), 32 pais responderam a um questionário sobre a vida sexual dos filhos com D.M. (69% de nível moderado e 31% de nível ligeiro), 69% dos quais com idades compreendidas entre os 17 e os 23 anos, 22% entre os 24 e os 29 anos e os restantes 9% entre os 30 e 35 anos, não institucionalizados. Dos pais com filhos do sexo masculino, 57% responderam que sim à questão relativa a se estes evitam acariciar-se e tocar-se nas partes íntimas do corpo em público e 43% responderam que não. Destes pais 43% afirmaram que os filhos quando se masturbam, o fazem em privado e não em público. Para além das diferenças em termos percentuais entre as duas respostas afirmativas (que eventualmente poderão estar relacionadas com problemas de interpretação), estes resultados contrastam com a tendência assinalada por Masters, Johnson e Kolodny (1987), de que as pessoas com D.M. respeitam a privacidade quando se masturbam, pelo que esta é uma questão cuja clarificação poderá vir a ser interessante. A masturbação em público (exibicionismo) é um comportamento sexual inadequado e é explicado por várias causas que irão ser analisadas quando abordarmos os comportamentos sexuais desviantes.

A masturbação também é, entre os adolescentes normais, o principal meio (2/3 dos casos) para atingirem o orgasmo e a primeira ejaculação (Katchadourian, 1990). Constitui uma forma transitória de desenvolvimento da actividade sexual, permitindo a estes jovens inexperientes aprender a expressar-se sexualmente, sem entrar numa relação para a qual ainda não estão preparados. Associada às fantasias sexuais, ajuda o adolescente a reconhecer as suas preferências sexuais e, portanto, a desenvolver a sua identidade sexual. Apesar da sua função positiva e adaptativa, a atitude pouco tolerante da sociedade em relação a este comportamento, considerado durante muito tempo como pecaminoso, doentio e perverso, faz com que o adolescente com frequência sinta culpa e ansiedade quando o pratica. Aliás, apenas menos de um terço dos jovens afirmou que nunca sentiu culpa quando se masturbou, considerando os restantes que já tinham sentido culpa e vergonha em maior ou menor intensidade em relação a esse comportamento (Coles & Stokes, 1985).

Em síntese, tanto os adolescentes com D.M. como os adolescentes normais vivem as primeiras poluições nocturnas com desconcerto, embaraço e culpabilidade. No entanto, enquanto os primeiros lhe atribuem um significado de regressão -«voltar a fazer chi-chi...» - , os segundos provavelmente associam-nas às coisas sexuais proibidas e designadas socialmente pelos adultos como socialmente impróprias para adolescentes.

Os adolescentes com D.M. apresentam uma menor frequência de fantasias sexuais que os adolescentes normais, o que poderá eventualmente explicar-se quer pelo défice do seu funcionamento cognitivo que limita, obviamente, a imaginação, quer pelas limitações das suas vivências pessoais, por exemplo, convívio social, acesso à estimulação visual dos media. As fantasias sexuais, enquanto fontes de substituição e compensação das necessidades sexuais não satisfeitas através de outros comportamentos sexuais devido à repressão social que é exercida sobre estes, têm mais tendência a tornar-se definitivas e mesmo exclusivas entre os adolescentes com D.M. do que entre os normais.

A masturbação permite tanto aos adolescentes com D.M. como aos adolescentes normais conhecer como funciona o seu corpo e as novas sensações eróticas, obter prazer sexual deste, sem entrar numa relação para a qual ainda não estão emocionalmente preparados. Conjuntamente com as fantasias sexuais, ajuda os adolescentes em geral a conhecer as suas preferências sexuais e a desenvolver a sua identidade sexual, se bem que no caso dos adolescentes com D.M. isso aconteça a um ritmo mais lento. Se nos adolescentes normais este comportamento tem um carácter transitório e pode coexistir com relações gratificantes com outros indivíduos, nos adolescentes com D.M., devido aos obstáculos que se lhes colocam no estabelecimento de relações mais íntimas com outros jovens, sobretudo do sexo oposto, este comportamento pode tornar-se uma forma de expressão sexual definitiva e única. Embora entre os adolescentes com D.M. a masturbação seja de todos os comportamentos sexuais aquele que tem maior incidência, quando comparamos esta com a dos adolescentes normais verificamos que são iguais.

Para além de proporcionar prazer sexual tanto aos adolescentes com D.M. como aos normais, a masturbação é vivenciada, por um número considerável de adolescentes normais, com alguma ansiedade e culpa devido aos tabús e às atitudes prevalecentes na sociedade em relação a ela, os adolescentes com D.M. vivenciam-na com dúvidas e receios devido à ausência de informação sexual e à

repressão sexual mais ou menos explícita que é exercida sobre eles. É provável que estes dois últimos aspectos contribuam também para a ocorrência da masturbação em público, no caso dos adolescentes com D.M., apesar de subsistirem dúvidas quanto à sua incidência. Com efeito, 57% dos pais do estudo de Sanchez responderam que «sim» à questão : «Evita acariciarse y tocarse parte íntimas en público?», mas apenas 43% destes pais respondeu «sim» à segunda questão: «Si se masturba, lo hace en privado, nunca en público?».

No seu todo (poluções nocturnas, fantasias sexuais e masturbação), os comportamentos sexuais solitários são uma forma conciliadora entre o que socialmente é pedido aos adolescentes (não ter relações sexuais) e a satisfação das suas necessidades sexuais e, nas palavras de Costa (1998) : «São uma sexualidade de passagem para o mundo adulto que é frequentemente estruturante para a integração harmónica dos aspectos sexuais na personalidade global». Nalguns adolescentes com D.M., sobretudo nos Síndrome de Down, é possível que tal integração dificilmente venha algum dia a acontecer.

3. COMPORTAMENTOS AMOROSOS

Os comportamentos amorosos incluem os diferentes comportamentos de aproximação e envolvimento, implicados na construção do amor romântico: a sedução, o curtir, o namoriscar, o andar com... e o namoro. O comportamento de sedução surge no contexto da atracção interpessoal pelo outro e consiste em induzir na pessoa alvo da sedução que o sedutor «é uma pessoa de quem se gosta», procurando, para tal, mostrar-se atraente, melhorar a sua aparência, descrever-se de modo positivo, manifestar opiniões semelhantes à pessoa alvo de sedução, elogiá-la, fazer-lhe favores...(Alferes, 1994).

Os adolescentes com D.M. podem ser capazes de iniciar e estabelecer relações: de seduzir e deixar-se seduzir, de desejar e aceitar ou não os desejos (Garcia, 1993). O desejo de agradar à pessoa por quem estão apaixonados leva-os a preocupar-se com o seu asseio pessoal, a arranjar-se de acordo com os desejos do outro para lhe agradar (Katz, 1993). Estes adolescentes demonstram grande afecto por aqueles de quem gostam e manifestam o desejo de namorar (Posse & Verdeguer, 1991). Tal facto não passa despercebido aos pais: 29% dos pais da amostra de Sanchez (1993) responderam já ter observado sentimentos de atracção amorosa nos seus filhos e 21% que estes procuravam arranjar uma namorada, embora só 7% tivesse observado a estabilidade da relação amorosa,

nos casos em que o namoro ocorreu. A que se deverão estes valores tão baixos apresentados pelos pais? Esta parece-nos ser uma questão pertinente que merece vir a ser esclarecida. A maioria dos adolescentes com D.M., quando se apaixona, dedica toda a espécie de atenções à pessoa por quem está apaixonado. Na maior parte das vezes, apaixona-se, tem sentimentos amorosos por um amigo ou colega também com D.M. ou normal. Neste último caso, o facto de ter percebido que são mais valorizadas as relações com as pessoas normais que com os seus iguais, faz com que desenvolva expectativas irrealistas. Estes adolescentes podem também sentir-se atraídos e apaixonar-se por adultos, membros da família, professores, de quem gostam e por quem sentem admiração (Bermejo & Verdugo, 1993). Estas atracções inadequadas ocorrem sobretudo nos jovens que sofrem de depressão e de isolamento social (Reiss & Benson, 1985), com oportunidades reduzidas de encontrar uma parceira e que nem sempre dispõem, principalmente se o seu nível de deficiência for acentuado, das competências socio-cognitivas necessárias para analisar a situação. Nalguns adolescentes com D.M. estas paixões irrealistas podem transformar-se numa obsessão, mais ou menos durável, e tornar-se numa fonte de angústia e sofrimento (Katz, 1993). Este autor considera que a ocorrência destas paixões, apesar da angústia e dos problemas que criam, promovem o desenvolvimento da personalidade do jovem com D.M.. Na maioria dos casos, os adolescentes com D.M. podem ser capazes de arranjar namoradas (Garcia, 1993) e isso acontece a um nível privado e sem desvio se, para tal, tiverem a oportunidade de se encontrar e relacionar com jovens do outro sexo (Belmonte, 1997). Quando essa oportunidade se verifica, segundo Katz (1993), estabelecem uma relação de namoro com um elevado grau de estabilidade, que é muito benéfico para os dois parceiros. Em ambientes não inibidores como os Lares Residenciais da Suécia, continua Katz, há namorados que não sentem a necessidade de relações sexuais íntimas e que parecem completamente satisfeitos com a companhia e o sentimento de segurança mútuos que o facto de estarem juntos lhes proporciona. Pelo contrário, Zenatti (1992), através das observações realizadas num grupo de adolescentes e jovens adultos com D.M., em que alguns sofrem de psicose e disarmonias evolutivas, constatou que entre eles os casais se fazem e se desfazem porque, de facto, eles nem sempre têm a noção de organização do tempo, pelo menos no que diz respeito à reciprocidade (mutualidade); a constância, e a continuidade dos sentimentos amorosos parece não existir pois,

de um momento para o outro, podem ter uma expressão violenta, agressiva, associada a feridas e frustrações não elaboradas.

O namoro entre os adolescentes normais tem significados culturais diferentes, não implicando sempre comportamentos de galanteio. Constrói-se progressivamente a partir da necessidade de criar uma relação mais íntima com alguém, da atracção física que se sente por uma companheira, dos pensamentos e fantasias que ocorrem acerca dela, das necessidades de a conhecer e de se dar a conhecer, bem como da capacidade de a ouvir, de a respeitar e de a aceitar...(Costa, 1998). Compreende o que os adolescentes designam por curtir, andar com e namorar. Cada um destes tipos de relação tem funções e satisfaz necessidades específicas. O «curtir» refere-se a experiências de envolvimento físico (trocas de beijos e carícias mais ou menos leves) e surge, habitualmente, num contexto de maior proximidade devido à energia sexual, ao desejo do adolescente de experimentar (novas sensações e emoções), isto é, de conhecer o outro e de se conhecer a si próprio nessa interacção. O curtir não implica qualquer continuidade relacional. O «andar com» designa, segundo Costa, «a transicção entre o que é a maior amiga do sexo oposto e a namorada. Implica envolvimento afectivo na pessoa com quem se anda, anda-se com quem se gosta. Permite integrar as necessidades de intimidade com o desejo sexual. Este tipo de relação obedece a regras, por vezes pouco explícitas, no entanto mais abertas, flexíveis e com um menor grau de compromisso que a relação de namoro, aqui também apelidada relação romântica. Este tipo de relação proporciona um campo para testar o auto-conceito e a capacidade de intimidade, num processo contínuo de maturidade. Mas mais, o namoro pode proporcionar ainda aos adolescentes normais recreação; estatuto e prestígio, assim como a aquisição de competências de relacionamento com o outro; o aumento do auto-conhecimento; o desenvolvimento duma intimidade romântica que integra os comportamentos sexuais duma forma eventualmente menos culpabilizante; o desenvolvimento da autonomia através do investimento numa pessoa exterior à família; a clarificação de valores sobre a sexualidade e o desenvolvimento da identidade sexual. O namoro enquanto encontro entre dois adolescentes que se descobrem mutuamente é, algumas vezes, acompanhado de incertezas, dúvidas e dificuldades em compreender a linguagem dos sentimentos, quer dos seus, quer dos outros. Hoje, uma grande paixão, amnhã , outra, sendo , contudo, as duas muito importantes. Estes amores assim repentinos e fortes são característicos da adolescência.

Segundo Lutte (1988) a capacidade de amar emerge na adolescência em consequência do desenvolvimento psicológico, por exemplo, da capacidade de se colocar na perspectiva do outro e das pressões sociais que se exercem sobre o adolescente, uma vez que cada cultura proporciona modelos de comportamentos amorosos que lhe permitem iniciar relações de namoro. Acentua ainda Lutte (1988, p.171) que «O amor é uma característica da adolescência porque à puberdade não é estranha a irracionalidade amorosa e a imensidade de sensações e emoções que a acompanham, mas o amor reflecte também as transformações cognitivas, as crescentes capacidades de se conhecer e de conhecer os outros, o processo de autonomização e de individualização que se realiza durante a adolescência. É o tempo em que, provavelmente, pela primeira vez na sua existência, o jovem toma consciência da sua solidão existencial e da sua individualidade própria...».

Laswell e Lobsenz (1980) identificaram vários estilos de comportamentos amorosos: amor entre bons amigos; amor não egoísta; amor possessivo; amor lúdico; amor lógico e amor romântico. Destes estilos, talvez o mais frequente entre os adolescentes seja o amor romântico (caracterizado por relações extremamente apaixonadas e físicas com bastante intimidade) que se assemelha ao processo de enamoramento. Actualmente, o período de compromisso amoroso tende a ser adiado pelos adolescentes, eventualmente devido ao prolongamento dos estudos, sendo o período de exploração das relações sexuais mais alongado (Menezes, 1990). Assim, a experiência de enamoramento mostra-se fundamental no processo de autonomização e construção de uma identidade, independentemente de evoluir ou não no sentido de um compromisso mais investido.

Em síntese, os adolescentes com ou sem D.M. sentem-se atraídos por uma pessoa do outro sexo, experimentam emoções e sentimentos amorosos em relação a ela e desejam com ela namorar. Todavia, enquanto nos adolescentes normais o objecto dos seus desejos é, geralmente, um outro adolescente do sexo oposto, no adolescente com D.M. pode ser um adulto, inclusive mesmo um membro da família, e mesmo a mãe ou uma criança. Estas escolhas irrealistas encontram-se, habitualmente, associadas a uma perturbação emocional ou ao isolamento social e, sempre, à falta de educação sexual. Tanto entre os adolescentes com D.M., como nos adolescentes normais, a intensidade e a estabilidade dos sentimentos amorosos variam conforme as características dos sujeitos; contudo os adolescentes normais tendem a tornar-se mais estáveis ao

longo da idade, e nos adolescentes com D.M. as opiniões divergem em relação a esta questão.

Quanto às funções do namoro e ao modo como evolui entre os adolescentes com D.M., as referências encontradas são escassas e pobres, comparativamente às encontradas para os adolescentes normais. Estas diferenças poder-se-ão dever quer à falta de estudos sobre o namoro dos adolescentes com D.M., quer à baixa incidência do fenómeno ou mesmo, eventualmente, a todas em simultâneo. Com efeito, a repressão sexual que é exercida, duma forma manifesta ou subtil, sobre as tentativas de aproximação física e envolvimento emocional com o sexo oposto, tem feito com que a ocorrência de namoros entre adolescentes com D.M. seja rara e, como tal, seja um fenómeno com pouca visibilidade científica. Mesmo assim, supomos que a escassez e a pobreza de funções que a literatura lhe atribui entre as pessoas com D.M. se deve, essencialmente, ao seu nível de deficiência mental.

As relações de intimidade entre os adolescentes com D.M. assumem, provavelmente, características diferentes das dos adolescentes normais, ainda que existam, mesmo entre estes, diferentes graus de intimidade. Esta hipótese baseia-se no facto do adolescente com D.M. revelar diferenças tanto a nível da troca de sentimentos (reciprocidade), como sobretudo a nível da revelação pessoal mútua e apropriada que constituem as duas condições que caracterizam a intimidade. Em relação às diferenças de reciprocidade, uma vez que só foram referidas num estudo que integrava na amostra adolescentes e jovens adultos com traços psicóticos para além dos deficientes mentais, não arriscamos nenhuma interpretação, dada a ausência de mais informação. Em relação à revelação pessoal significativa, sabe-se que esta exige um grau razoável de autoaceitação e considerável consciência de si que o adolescente normal desenvolve durante esta fase, no processo de construção da sua identidade. Ora entre os adolescentes com D.M., o desenvolvimento da autoaceitação e do autoconhecimento necessários para uma revelação pessoal significativa é mais difícil, uma vez que este parte para a construção da sua identidade sexual com muitas mais dúvidas e confusões (Belmonte, 1997) e sem contar com os recursos sociais dos normais, com poucas oportunidades para sair com os companheiros ou para estabelecer relações próximas e dispondo de poucos ou nenhuns espaços de privacidade nas instituições. Se, na verdade, a construção de identidade acompanha o estabelecimento de intimidade, na medida em que mantendo relações com os outros, os adolescentes podem recolher informações e

conhecimentos sobre si próprios, como parecem revelar algumas investigações (Menezes, 1990), então as relações de intimidade do adolescente com D.M. reflectirão as maiores dificuldades por ele sentidas ao nível do processo de construção da sua identidade. As características do envolvimento romântico dos adolescentes com D.M. são, hipoteticamente, diferentes das do adolescente normal, dadas as limitações verificadas em alguns dos pressupostos apontados por Lutte (1988) relativos à capacidade de amar. De facto, os adolescentes com D.M. apresentam um défice no desenvolvimento socio-cognitivo com consequências a nível da tomada de perspectiva do outro, assim como dificuldades no processo de autonomização e individualização em relação aos pais (Sigman, 1985) e, sobretudo, uma ausência de oportunidades de aprendizagem dos modelos de comportamento amoroso que lhes permitam iniciar uma relação de namoro, devido à repressão cultural que é exercida em relação a eles.

Quanto às funções que o namoro habitualmente tem entre os adolescentes normais, estas podem ser, umas mais que outras, afectadas pelo défice do nível do desenvolvimento socio-cognitivo e moral dos adolescentes com D.M. . Entre as menos afectadas estão, eventualmente, as de: recriação; experimentação sexual; melhoria do conhecimento e das competências de relacionamento interpessoal com outro sexo, a afirmação social de prestígio com a identificação ao adolescente normal e ao adulto e consequente aumento da autoestima.

4. COMPORTAMENTOS SÓCIO-SEXUAIS

Os comportamentos sócio-sexuais, expressão adoptada de Katchadourian (1990), designam os comportamentos sexuais que envolvem a participação de um parceiro(a) na sua realização. Incluem os seguintes subtipos de comportamentos dos adolescentes: comportamentos sexualizados; carícias atrevidas; relações sexuais e comportamento homossexual.

Comportamentos Sexualizados - Os comportamentos sexualizados consistem na troca de beijos e abraços, no dar as mãos, na troca de carícias leves*, andar de braço dado... Entre os adolescentes com D.M. estes comportamentos são muito

* (Isto é, nas zonas acima do pescoço, corresponde ao termo inglês "nacking").braço dado...

frequentes. Martins (1995) identificou, numa observação sistemática desenvolvida durante 10 dias, 4h. por dia, num Centro de Actividades Ocupacionais, junto de uma amostra de 45 jovens com D.M., predominantemente de nível moderado, 519 comportamentos sexualizados deste tipo, no total de 721 comportamentos sexuais; dos restantes, 31 correspondiam a comportamentos não sexualizados e 191 a comportamentos sexuais verbais.

Entre os adolescentes normais, os comportamentos sexualizados surgem por volta dos 13 anos e representam o início duma progressão gradual e sequencial para um comportamento sexual mais íntimo (relações sexuais) (Moore & Rosenthal, 1993).

As carícias atrevidas compreendem um conjunto de carícias que provocam excitação sexual.

Entre os adolescentes com D.M. têm sido ou ignoradas ou pouco observadas ou ainda englobadas noutros comportamentos sexuais, uma vez que apenas encontramos a sua referência mais ou menos clara em apenas dois estudos. Num clássico estudo comparativo entre um grupo de 84 sujeitos do sexo masculino, 46 com D.M. de nível ligeiro e 38 com D.M. de nível moderado, institucionalizado em estabelecimentos prisionais ou similares, 50% com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos e os restantes 50% entre os 21 e os 41 anos e um grupo de 477 sujeitos do sexo masculino com nível de escolaridade elementar, que nunca tinha cometido um crime ou tinha estado institucionalizado, Gebhard (1979), recorrendo a uma entrevista, descobriu que 95% dos sujeitos normais tinham trocado carícias atrevidas, enquanto apenas 77% dos sujeitos com D.M. o tinham feito alguma vez. O autor atribui esta diferença à influência da institucionalização uma vez que os sujeitos com D.M. que tinham mais de 15 anos haviam permanecido mais ou menos um quarto da sua existência num estabelecimento prisional. A idade média em que ocorriam estas carícias atrevidas entre os sujeitos com D.M. era a de 14,9 anos (entre os 11 e os 22 anos). Mais recentemente, Cañas (1993) efectuou um inquérito a 283 profissionais (6,7% médicos; 8,1% psicólogos; 0,7% pedagogos; 0,3% fisioterapeutas; 3,5% monitores ocupacionais; 4,6% assistentes sociais; 3,5% monitores de oficinas; 12% Educadores; 32,% auxiliares; 25,8% outros trabalhadores; 1,7% com profissão desconhecida) sobre a vida sexual concreta dos utentes por eles atendidos (45% com nível ligeiro e moderado e os restantes outros níveis; 34% com idades compreendidas entre menos de 16 anos e 25 anos e 65% mais de 25 anos, frequentando em regime de internato 23 centros

distribuídos ao longo de toda a Espanha). Destes profissionais, 33,5% assinalaram os jogos e as carícias eróticas como a manifestação sexual mais frequente dos seus utentes. Se compararmos com outras práticas sexuais referidas por estes profissionais, este comportamento surge logo após a masturbação (66%) e antes das relações sexuais (homossexuais 9% e heterossexuais 0,3%), sendo, portanto, o comportamento socio-sexual mais frequente. Tendo em conta a frequência dos comportamentos sexuais dos utentes de acordo com o seu nível de deficiência mental, os profissionais identificaram apenas a presença de jogos e carícias eróticas nos níveis ligeiros e moderados, o que seria de supor, uma vez que este comportamento requer um nível de socialização mínimo que os outros níveis não atingem. Mais ainda, ao considerar a forma como os utentes manifestam este e outros comportamentos sexuais, 18,9% dos profissionais afirmaram que o faziam de forma oculta, 33,9% de uma forma natural e em privado e 32,6% de forma desinibida e em excesso.

Entre muitos adolescentes normais, as carícias atrevidas são a principal actividade sexual, proporcionando oportunidades de descoberta sexual, assim como da aquisição de competências de intimidade que são necessárias ao estabelecimento dum futuro e longo compromisso (Moore & Rosenthal, 1993). Na medida em que excluem a penetração vaginal, as carícias atrevidas são usadas por muitos adolescentes para proteger a virgindade das raparigas e reduzir o risco de gravidez. Os níveis de excitação atingidos podem ser elevados e o orgasmo pode ocorrer, tornando difícil, por vezes, aos adolescentes sobretudo do sexo masculino, não prosseguir a actividade, sendo frequentemente as raparigas a não permitir que o façam (Menezes, 1990). A realização deste comportamento pode ocorrer perante estranhos, em ambientes públicos, o que, na opinião de Costa (1998) é uma estratégia para procurar ser diferente e auto-afirmar-se, se bem que ostentativamente. A ocorrência destes comportamentos sexuais em público, continua a mesma autora, simboliza uma forma de se oporem aos valores sociais, retirando mesmo algum prazer por saberem que estão a ser criticados, uma vez que isso lhes dá a certeza de que são diferentes e de que o seu amor é único e melhor que todos os outros.

As relações sexuais (heterossexuais) consistem no contacto entre duas pessoas, com penetração vaginal. Os adolescentes com D.M. têm, por sua própria iniciativa, poucas vezes relações sexuais. Quando estas ocorrem ou não são mais que « um mero comportamento imitado » (Posse & Verdeguer, 1991) ou foi por iniciativa dum parceiro normal ou de um outro nível, ligeiro ou borderline (Marin et

al. , 1993). Esta baixa prevalência das relações sexuais entre pessoas com D.M. tem sido sublinhada por autores como Katz (1993) que afirma mesmo que em ambientes que não são inibidores, há muitos namorados e até casais que não sentem necessidade de relações sexuais íntimas, parecendo plenamente satisfeitos com a companhia um do outro e com o sentimento de segurança que a condição de estarem juntos lhes proporciona. Este mesmo facto havia já sido notado por Grunewald (1979) que revelou que, na Suécia, pessoas com D.M. que viviam juntas, em instituições, pareciam não ter relações sexuais, muitas porque pensavam que eram proibidas, outras porque tinham falsas crenças sobre o modo como são concebidos os bebés e sentiam-se receosos dos contactos sexuais. Também Zijderfeld (1987) relatou o caso paradigmático de um casal com D.M. observado numa residência, na Holanda, em que, não obstante viverem juntos e usarem medidas contraceptivas há anos, na opinião dos técnicos que com eles lidavam, nunca tinham tido relações sexuais, sendo impressionante « a calma que ambos deixavam transparecer, a felicidade que manifestavam e o amor que sentiam um pelo outro » (Zijderfeld, 1987). Num outro estudo citado por Craft na mesma obra, Koegel e Whittemore (1983) detectaram numa amostra de 48 pessoas com D.M. ligeira que embora todas elas apreciassem o prazer social envolvido no relacionamento a dois, pelo menos um terço tinha dificuldade em compreender que pudesse existir prazer sexual numa relação de casal (marital) ou tinha uma ideia muito remota e confusa sobre isto, rejeitando, todavia, qualquer possibilidade sobre a sua existência, no que respeita à sua experiência pessoal. Andron (1985) citado pela mesma autora, atribui este comportamento às mensagens negativas fornecidas às pessoas com D.M. sobre a sexualidade e a sensualidade como fonte de prazer que estariam, igualmente, na origem das disfunções sexuais sentidas por estas pessoas ou simplesmente na ausência, por exemplo, do "trocar carícias", dos seus "scripts" sexuais. Mais recentemente, no inquérito de Cañas (1993) anteriormente apresentado, a ocorrência de relações sexuais apenas foi assinalada pelos profissionais em 0,3% dos jovens e adultos do sexo masculino comparativamente aos 4,8% do sexo feminino. Contrastando um pouco com estes dados, estão os resultados obtidos por Gomez e Alberdi (1993) num inquérito realizado junto de 30 pessoas de níveis ligeiro e moderado, 90% dos quais pertencendo ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os menos de 18 e os 35 anos (36,6%), entre os 35 e os 54 anos (64,4%). Neste estudo, 36,6% dos inquiridos revelaram ter relações sexuais (coito) com pessoas do sexo oposto, com manifestações de afecto (beijos e carícias). Entre os que

referiram não ter relações sexuais, 16,6% afirmaram que isso acontecia por sentirem ou dificuldade em se aproximar do outro sexo ou por não se sentirem preparados. De toda a população inquirida, só 46,6% se mostrou satisfeita com a sua actual vida sexual, 70% desejando viver a dois, como casal, em 38% dos casos, por necessidade de afecto. Dum modo geral, manifestaram uma atitude "aberta" e liberal em relação à sexualidade, tendo, nomeadamente 53,3% dos inquiridos, discordado da afirmação de que "as relações sexuais são só para ter filhos", o que nos parece contradizer a tendência para o conservadorismo em relação a este comportamento sexual, detectada por Hall (1978). Mas para a compreensão do significado e da frequência das relações sexuais entre as pessoas com D.M., tão ou até mais importante que as suas atitudes, são as atitudes dos pais e dos técnicos a quem compete, em última instância, na maioria dos casos, a gestão e o controle da sua vida sexual. No que respeita à atitude dos técnicos sobre a ocorrência de relações sexuais durante a adolescência, apenas encontramos uma referência indirecta num inquérito realizado por Belmonte (1993) a 40 técnicos de um Centro Público de Educação Especial frequentado, em regime de semi-internato e nalguns casos de internato, por 89 jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, portadores duma deficiência mental de nível moderado, severo ou profundo, frequentemente com outra deficiência associada. De entre estes técnicos, 50% afirmaram que deveria ser permitida a manifestação de relações heterossexuais, mas só quando ocorressem entre pessoas adultas (e não entre adolescentes) com D.M., reponsáveis e desde que tivessem sido tomadas medidas de contracepção. Esta atitude não deixa de ser interessante se a confrontarmos com uma outra, em que 90% destes profissionais se mostraram favoráveis à masturbação desde que esta se manifestasse em privado.

Esclarecedor desta problemática, ainda que de uma forma indirecta, uma vez que a população com D.M. de referência é adulta e não adolescente, é o estudo Mercier, Delville e Collignon (1994). Num inquérito realizado por estes autores a 24 pais e a 60 técnicos sobre a vida afectiva e sexual de adultos com D.M., 82% dos pais e 100% dos técnicos admitiram que os adultos com D.M. desejam ter relações sexuais, embora só 47% dos pais o admitisse nos seus filhos; 91% dos pais e 96% dos técnicos eram a favor da ocorrência de relações sexuais no caso de um casal estável, embora apenas 54% dos pais o fosse em relação ao próprio filho. Por que razão haverá mais pais favoráveis à prática de relações sexuais por parte dos adultos com D.M. em geral que dos seus próprios

filhos? Esta parece-nos ser uma questão que é necessário clarificar antes de iniciar qualquer processo de intervenção junto dos pais. Quanto à afectividade, 74% dos pais e 42% dos técnicos eram de opinião que entre os adultos com D.M. a afectividade predominava sobre a sexualidade, embora 13% dos pais e 43% dos técnicos se tenham mostrado indecisos em relação ao predomínio de qualquer uma delas. Todavia, em relação a estas opiniões dos pais, Zenatti (1992) verificou, através das suas intervenções junto dos pais dos jovens adultos e adolescentes com D.M., alguns dos quais com histórias de psicoses infantis e disarmonias evolutivas que frequentavam um Instituto Médico-Profissional, que estes se preocupavam com a sexualidade dos filhos, sobretudo com aquilo que aparece como um obstáculo à sua satisfação: " É preciso levar o rapaz à prostituta..." ou " Se o meu filho gosta daquela colega, por que razão é que não se há-de pensar um dia em alugar um estúdio, não longe da nossa casa, onde eles possam levar a sua vida e a sua sexualidade?". Mais ainda, verificou que para certos pais, o registo da sexualidade aparece como um indício, uma expressão normal, no quadro das dificuldades, pelo que sobreinvestem a sexualidade do filho, mantendo uma erotização, uma estimulação e uma excitação e fazendo com que ela seja uma expressão de vida, enquanto elemento normal no conjunto patológico.

Entre os adolescentes normais, a incidência de relações sexuais apontadas pelos diferentes estudos aumenta com a idade dos adolescentes, embora em qualquer idade, nos rapazes, seja sempre superior à das raparigas. Numa investigação de 1981 da responsabilidade da Associação de Planeamento Familiar (APF) junto de rapazes dos 14 aos 18 anos, do distrito de Lisboa, 54% declararam ter tido relações sexuais (cit. in Menezes, 1990). Num inquérito posterior à juventude portuguesa, de Miguel e Vilar (1987), 76,6% dos adolescentes do sexo masculino revelaram ter tido relações sexuais. Lucas (1993), numa amostra de 247 sujeitos representativos da população portuguesa dos 18 aos 49 anos, encontrou uma taxa de 20% de sujeitos do sexo masculino virgens. Numa outra amostra com 199 sujeitos (96 homens e 103 mulheres) com as mesmas características que a anterior, 63% dos sujeitos afirmaram-se virgens; a idade média para a primeira relação sexual mencionada pelos homens foi 17,6 anos. Na Grã-Bretanha, Ford e Morgan (1988) demonstraram que entre os adolescentes com 17 anos de idade, 63% admitiram ter tido relações sexuais, tendo 40% admitido ter tido a primeira relação aos 15 anos e 9% aos 13 anos. Estes e outros resultados levaram Moore e Rosenthal (1993) a afirmar que

actualmente a tendência é de que a iniciação sexual do adolescente aconteça mais cedo e que haja um maior número de adolescentes sexualmente activos, à medida que a adolescência avança, e envolvidos numa maior variedade de comportamentos sexuais, para além das relações sexuais (coito), como por exemplo sexo oral e anal, com mais que uma parceira. Esta tendência explica-se pelo chamado padrão típico da actividade sexual masculina, que tem sido objecto de vários estudos ao longo do tempo. Juhasz e Sonnenshein-Schneider (1987) demonstraram que os adolescentes entre os 13 e os 19 anos do sexo masculino se manifestavam orientados para a gratificação do impulso sexual enquanto que as raparigas, por sua vez, enfatizavam mais os aspectos afectivo-relacionais. McCabe e Collins (1990) realçaram que entre os adolescentes do sexo masculino de 16 e de 17 anos, 88% desejam trocar carícias leves, 41% trocar carícias atrevidas e 12% ter relações sexuais numa primeira situação de encontro, o que contrasta com as percentagens entre as adolescentes do sexo feminino em relação aos mesmos desejos: 29% trocar carícias leves; 6% trocar carícias atrevidas; 2% ter relações sexuais. Estes desejos dos rapazes em ter comportamentos sexuais mais íntimos em fases precoces do relacionamento amoroso, foram igualmente confirmados por Roche e Rambsey (1993). Estes dados levam a supor que as primeiras relações sexuais nos adolescentes do sexo masculino não estão associadas a um investimento afectivo em relação à parceira, têm um carácter instrumental, constituindo, sobretudo, uma fonte de reconhecimento da sua maturidade socio-sexual, assim como de prestígio social, sobretudo em relação aos pares. A este propósito, Collins (1974) descobriu que os adolescentes sobrevalorizam a experiência sexual dos pares, o que os pode levar a envolver-se em comportamentos sexuais que não desejam ou para os quais não se sentem preparados, simplesmente para não se desviarem de uma norma por eles falsamente construída.

Existem, todavia, adolescentes que fazem a sua iniciação sexual no contexto dum relacionamento amoroso. No estudo de Alferes (1994), 62,7% dos 93 estudantes universitários do sexo masculino afirmaram que estavam apaixonados pela sua primeira parceira sexual.

De um modo geral, todos os rapazes adolescentes declaram ter sentido, durante a sua primeira relação sexual, excitação e prazer (Moore & Rosenthal, 1993). O aumento da frequência com que os adolescentes têm relações sexuais aparece relacionado, de acordo com os autores, com o aumento do compromisso com a parceira. A substituição da relação sexual casual ou sem compromisso,

pela relação sexual com um parceiro estável e com compromisso, explicar-se-ia actualmente, segundo Netting (1992), pela ameaça de SIDA.

Os jovens do sexo masculino, mormente os portugueses, têm, dum modo geral, manifestado uma atitude favorável no que diz respeito às relações pré-maritais. No inquérito do Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (1987) de Miguel e Vilar, 83,1% dos inquiridos do sexo masculino mostraram-se favoráveis às relações pré-maritais. Um ano após, Figueiredo (1988) obteve uma atitude semelhante em 79,6% dos estudantes do sexo masculino do ensino secundário e universitário do concelho de Matosinhos. Moore e Rosenthal (1993) acrescentam, porém, que muitos adolescentes são favoráveis às relações pré-maritais, mas desde que ocorram no contexto duma relação longa, monogâmica e com compromisso. Reportando-nos de novo a Alferes (1994) e à amostra de 597 sujeitos, 268 dos quais eram homens, estes mostraram-se mais favoráveis que as mulheres em relação ao sexo sem compromisso e ocasional. Quanto à opinião dos pais sobre as relações pré-maritais, mencionada na investigação de Figueiredo (1988), 40,4% consideram-nas perigosas e repreensíveis nos jovens do sexo masculino.

O comportamento homossexual envolve não só o contacto sexual entre pessoas do mesmo sexo, como também os sentimentos, as emoções, as fantasias e a definição de si (identidade) como homossexual que lhe estão associadas.

Os adolescentes com D.M., tal como os outros adolescentes, podem manifestar comportamentos homossexuais ocasionais, transitórios, que se caracterizam por uma orientação sexual temporária pelo mesmo sexo, que pode, inclusivé, ter associados sentimentos e fantasias em relação ao mesmo. A maior incidência deste comportamento verifica-se, sobretudo, nos adolescentes que vivem institucionalizados, que estão privados de estabelecer relações interpessoais com o outro sexo (Marin et al. , 1993). As suas próprias preocupações e dúvidas quanto à sua identidade e orientação sexuais e a necessidade que têm de estabelecer uma relação afectiva com outrém, leva-os a manifestar um comportamento homo-afectivo que, se não receber uma adequada orientação, pode converter-se numa fixação da sua identidade (Belmonte, 1997) . Não existem dados precisos sobre a prevalência, a frequência deste comportamento entre as pessoas com D.M. . Gebhard (1979), numa amostra de adolescentes e adultos com D.M. intitucionalizados em estabelecimentos prisionais, descobriu que 50% dessas pessoas apresentavam um

comportamento homossexual, enquanto que da amostra dos 283 técnicos de Cañas (1993) só 8% destes referiram ter notado este comportamento sexual e exclusivamente no sexo masculino, num universo de 100 adolescentes e adultos com D.M. por eles atendidos. A diferença de resultados apresentados pelos dois estudos é certamente determinada, em grande parte, pela diferença dos factores ambientais existentes entre as duas instituições: obviamente, o ambiente de restrição social, sem acesso a actividades e a relações com o outro sexo que se vive num estabelecimento prisional e a exposição a modelos de comportamento socio-sexual com o mesmo sexo, favorecem o aumento da incidência do comportamento homossexual, ainda que, na maior parte das instituições, a masturbação e o comportamento homossexual sejam menos reprimidos que as relações sexuais (heterossexuais). Esta orientação sexual da pessoa com D.M. em relação ao mesmo sexo muda, na grande maioria dos casos, quando mudam as circunstâncias situacionais, quando o ambiente se torna normalizador, com oportunidades de estabelecer relações interpessoais com o sexo oposto e acesso a uma educação sexual (Griffiths, Quinsey & Hingsburger, 1989). A homossexualidade enquanto orientação exclusiva e definitiva é um fenómeno característico do adulto. Mercier, Delville e Collignon (1994) demonstraram que os pais e os técnicos da sua amostra tinham uma percepção diferente da prevalência da homossexualidade nos adolescentes com D.M. relativamente aos adolescentes normais. Enquanto nenhum dos pais considerou que a homossexualidade fosse mais frequente nos adolescentes D.M. que nos normais, em contraste, 62% dos técnicos consideraram a homossexualidade mais frequente nos adolescentes com D.M. que nos normais, 32% considerou-a igualmente frequente e 5% menos frequente. Para estes investigadores esta discrepância de opiniões entre os pais e os técnicos explicar-se-ia, no caso dos primeiros, pela influência dos juízos de valor negativo que habitualmente impregnam a homossexualidade e que levariam estes a considerar que as pessoas com D.M. não são "menos boas" que as normais, pelo contrário, teriam até, com menos frequência, comportamentos sexuais menos bons; a opinião dos técnicos ficará talvez a dever-se ao maior distanciamento que conseguem manter em relação a esses juízos de valor negativo (relativos à homossexualidade) e às pessoas com D.M. ou ainda ao facto de a homossexualidade ser mais frequente nas instituições do que na família. Entre os adolescentes normais, a homossexualidade enquanto orientação sexual exclusiva é relativamente rara.

Apenas uma pequena minoria, cerca de 3%, se identifica como homossexual (Remafedi, Resnick, Blum & Harris, 1992).

Como já referimos quando abordámos, no início deste capítulo, os jogos sexuais com o mesmo sexo, as confusões e as dúvidas dos Adolescentes quanto à sua orientação sexual são características desta fase. Remafedi et al. (1992), investigando a orientação sexual dos adolescentes com idades entre os 12 e os 20 anos, encontraram que 10,7% destes tinham dúvidas quanto à sua orientação sexual; 88,2% descreveram-se como predominantemente heterossexuais; 0,7% descreveram-se como predominantemente bissexuais e 0,4% como homossexuais. A prevalência da atracção homossexual relatada (4,5%) excedia a das fantasias homossexuais (2,6%), a do comportamento homossexual (1%) e a da identificação homossexual (0,4%). Este mesmo autor e os seus colaboradores descobriram que as dúvidas à cerca da orientação sexual se dissipam gradualmente numa identificação heterossexual ou homossexual com o decorrer do tempo e o aumento da experiência sexual. Esta investigação dá-nos ainda a conhecer que há jovens que se sentem igualmente atraídos pelos dois sexos, obtendo gratificações na relação com qualquer um deles. O comportamento bissexual pode representar uma experiência transitória, um envolvimento temporário dum indivíduo verdadeiramente heterossexual ou homossexual, como também uma tentativa dum homossexual de negar a sua orientação sexual, assumindo por factores de ordem familiar e social comportamentos heterossexuais. O jovem que pretende negar os seus sentimentos em relação ao mesmo sexo, pode mesmo enveredar por comportamentos de risco, procurando sistematicamente parceiras diferentes, numa luta inglória entre o seu desejo e o seu comportamento (Costa, 1998). Os pais, muitas vezes, quando tomam conhecimento do comportamento homossexual do seu filho, são invadidos por sentimentos contraditórios como a raiva, a confusão, a recusa em aceitar um filho assim. Por vezes, passam a considerá-lo um estranho, sentem-se culpados e responsáveis pela sua homossexualidade, o que os pode levar a isolar-se socialmente. Não há muitos dados sobre as causas que determinam o comportamento homossexual / a homossexualidade. Algumas teorias referem-se ao ambiente circundante e ao relacionamento emocional com os pais como factores de relevância para a construção de uma orientação homossexual, outras consideram a homossexualidade como produto de uma série de reforços desde a infância e da ansiedade associada às relações com o sexo oposto, outras ainda reconhecem a importância de factores hereditários e bioquímicos, apoiando-se

em estudos com animais (Costa, 1998). A aceitação do comportamento homossexual pelos adolescentes, parece variar segundo o contexto cultural: enquanto nos Estados Unidos, Haas (1979) verificou que 70% dos adolescentes com idades entre os 16 e os 19 anos aceitavam as práticas homossexuais, em Portugal, Miguel e Vilar (1987) encontraram apenas 41,8% dos jovens que consideravam que a sociedade devia permitir a homossexualidade, contra 54,2% que consideravam que devia ser proibida. A atitude de aceitação deste comportamento é mais frequente entre os adolescentes mais velhos e que pertencem a classes mais favoráveis.

Em síntese, quanto aos comportamentos socio-sexuais, tanto entre os adolescentes com D.M. como entre os normais, os comportamentos sexualizados surgem na literatura como a primeira e a mais frequente forma de expressão do relacionamento amoroso. Se para os adolescentes normais estes comportamentos representam a primeira manifestação sexual numa progressão que conduz a comportamentos sexuais mais íntimos, para muitos dos adolescentes com D.M. constituem a única forma de comportamento socio-sexual possível.

Tanto entre os adolescentes com D.M. como com os adolescentes normais, a troca de carícias atrevidas é, entre os comportamentos socio-sexuais mais íntimos, o mais frequente. A sua incidência é mais elevada entre os jovens e pessoas normais que entre os jovens e pessoas com D.M. . Em ambientes institucionalizados, destinados aos dois sexos, a incidência deste comportamento entre as pessoas com D.M. parece ser ainda menor. Esta baixa incidência de troca de carícias atrevidas entre as pessoas com D.M. explica-se, entre outros factores, pela escassez de oportunidades de convívio do adolescente com D.M. com as suas colegas, nomeadamente dentro do contexto institucional, pelas medidas restritivas e de controle que vigoram em relação a estas manifestações socio-sexuais, determinadas pela expectativa de que as pessoas com D.M. irão ser eternamente crianças ou poderão vir a ser perversos sexuais. Estas expectativas, mesmo quando o adolescente com D.M. está integrado num contexto normal, impedem o reforço deste comportamento sexual, o que associado, nalguns casos, a uma certa falta das competências sociais necessárias para aceder a comportamentos socio-sexuais mais complexos do que este, faz com que, na maioria das situações, estes adolescentes não progridam

para além dos comportamentos sexualizados, isto é, andar de mãos dadas, trocar beijos e abraços.

As relações sexuais têm uma incidência menor entre os adolescentes com D.M. que entre os adolescentes normais. Esta diferença, para alguns autores, é causada pelo investimento praticamente exclusivo na intimidade social e afectiva, constatada em alguns adolescentes e pessoas com D.M. que andam com...ou vivem juntas. Considera-se que não têm necessidade de intimidade sexual devido ao défice cognitivo que as impediria de compreender a existência de prazer na intimidade sexual. Outros autores atribuem-na essencialmente a factores mais extrínsecos ao próprio sujeito como, por exemplo, a existência de uma educação sexual inadequada, manipuladora e repressiva.

Em contraste com estes, os adolescentes normais valorizam mais, pelo menos durante a fase da sua iniciação, a satisfação do seu desejo sexual do que propriamente a intimidade afectiva e social e, mesmo no contexto dum relacionamento amoroso com compromisso, a intimidade sexual continua a ser de tal modo valorizada que até se verifica um aumento na frequência das relações sexuais. Mas existem também pessoas com D.M. que sentem o desejo de ter relações sexuais, que se sentem frustradas sexualmente e que têm consciência que a sua frustração se deve às dificuldades que se lhe deparam em se aproximar do sexo oposto. Na realidade, as oportunidades para conviver com o sexo oposto são escassas e as que existem estão normalmente circunscritas ao contexto institucional. No contexto institucional, este comportamento é alvo de rigorosas medidas de vigilância e repressão e os espaços de intimidade que lhe são proporcionados são escassos ou inexistentes. Mesmo quando não estão institucionalizados, os adolescentes com D.M. ou permanecem isolados no contexto familiar ou quando se deslocam para outros contextos vão, na maioria dos casos, na companhia dos pais que os vigiam. Dispondo, portanto, de poucas oportunidades para se encontrar com os amigos, para sair com eles, para estabelecer relações e muito menos, para ter um relacionamento sexual. Estes obstáculos encontrados pelos adolescentes e adultos com D.M. no acesso aos locais socialmente destinados ao convívio e à diversão e no estabelecimento de relações interpessoais que venham a permitir a emergência deste comportamento sexual (relações sexuais), este não se verifica ou verifica-se com menor frequência que entre os adolescentes normais. Esta diferença não é provavelmente determinada pela atitude dos próprios adolescentes e adultos com D.M. que, recentemente, começam a abandonar o seu tradicional

conservadorismo, aproximando-se das atitudes liberais dos adolescentes e jovens adultos normais no que respeita à sexualidade e particularmente às relações sexuais. Os pais com filhos com D.M. também parecem estar a mudar a sua atitude de negação da existência de qualquer interesse pelo sexo da parte destes. Assim, muitos deles passaram a ter, de acordo com as observações de Zenatti (1992), uma atitude de incentivo e sobrevalorização da vida sexual do filho, considerada por estes como o sinal de normalidade no conjunto patológico (da deficiência mental), preocupando-se, por causa disso, em ajudar o filho a superar os obstáculos que encontra para satisfazer as suas necessidades sexuais. Pena é que as condições metodológicas em que foram recolhidos estes dados - contexto clínico - impeçam a comparação destes com os outros obtidos noutras condições diferentes. No entanto, o sobreinvestimento destes pais na sexualidade do filho, mais precisamente nas relações heterossexuais (coito) deste, pode sobrepor-se às suas necessidades pulsionais reais, assim como o desejo de que este venha a viver em casal, pode sobrevalorizar o problema da autonomia deste casal, o que implica a situação de um casal a "três", em que um vai ser o responsável pelos outros dois .

Embora não de uma forma tão radical, os resultados da investigação efectuada na Bélgica por Mercier et al. (1994) demonstraram também que muitos pais mudaram para uma atitude muito mais liberal e favorável em relação à sexualidade dos filhos, chegando, metade deles, a afirmar-se dispostos a aceitar que os seus próprios filhos adultos com deficiência mental tivessem relações sexuais, desde que no contexto duma relação de casal estável. Mas, como afirma Ionescu (1990), mesmo quando a atitude dos pais é a favor da "normalização sexual, o seu comportamento orienta-se muito mais para a dessexualização" e não nos podemos esquecer que aproximadamente metade dos pais têm uma atitude de recusa relativamente à possibilidade dos filhos, mesmo sendo adultos, terem relações sexuais.

No seu todo, estes dados se bem que se refiram a pessoas adultas mantendo uma relação de casal estável e recorrendo a medidas contraceptivas, não se distanciam muito da atitude dos pais dos adolescentes e dos jovens adultos do estudo de Figueiredo (1988). Neste, apenas menos de metade considerou que era perigoso ou repreensível estes terem relações sexuais. Note-se, no entanto, que no caso dos adolescentes e adultos com D.M., não são só os pais que gerem e controlam a sua vida sexual. Durante o tempo que permanecem nas instituições, são os técnicos que exercem esse papel, pelo que as suas

atitudes têm grandes repercussões no comportamento sexual destes. De entre os técnicos de uma instituição com internato em Espanha, apenas metade se mostraram favoráveis à ocorrência de relações sexuais e só entre pessoas com D.M. adultos responsáveis e após terem sido tomadas medidas de contracepção (Belmonte, 1993); em contraste a esmagadora maioria dos pais e técnicos belgas (Mercier et al., 1994) mostrou-se favorável à ocorrência de relações sexuais entre os adultos com D.M. responsáveis ou que constituam um casal estável, excluindo, portanto, os adolescentes.

É verdade que também em relação aos adolescentes normais continua a haver educadores e pais que desejam secreta ou assumidamente que estes adiem a sua iniciação sexual para depois do casamento, só que o controlo informal ou mesmo formal exercido não parece ser suficiente para impedir que as relações sexuais pré-maritais aconteçam. Tal não se verifica com os adolescentes com D.M. cuja independência, autonomia, fontes de apoio e de influência, como por exemplo os pares, são reduzidos.

Entre os adolescentes e adultos com D.M. o comportamento homossexual surge com maior incidência que entre os adolescentes e os adultos normais, independentemente da grande discrepância nos valores encontrados pelos diferentes estudos. Este comportamento parece manifestar-se, sobretudo, em adolescentes e adultos institucionalizados (Marin et al. , 1993). A maioria dos autores (Gebhard, 1979; Bermejo & Verdugo, 1993 ; Testal, Santos, Jiménez, Loro, Expósito & Rubio, 1995) atribuem a sua maior incidência a factores ambientais como , por exemplo, o impedimento das aproximações íntimas com o sexo oposto ou a ausência total de contacto com este, a exposição a comportamentos homossexuais, que levam o adolescente e adulto com D.M., por necessidade de estabelecer uma relação de intimidade afectiva com outrem, a manifestar este tipo de comportamento sexual, segundo Belmonte, referido por Amor Pan (1997). O comportamento homossexual é transitório e temporário, alterando-se , na maioria dos casos, quando mudam as circunstâncias e o ambiente se torna normal, oferecendo oportunidades de relações interpessoais com o sexo oposto e acesso a uma educação sexual não manipuladora (Hingsburger & Griffiths, 1986 ; Bermejo & Verdugo, 1993). Para explicar a diferença no que respeita à incidência, há que acrescentar que os adolescentes e adultos com D.M. têm menos preconceitos e menos consciência do estigma da homossexualidade que os adolescentes normais. Mais ainda, interiorizam com mais facilidade que os adolescentes normais os rótulos e as imagens

inapropriadas que lhes possam ser transmitidas sobre o seu comportamento homossexual, "autorepresentando-se" com facilidade como "homossexuais".

Tanto os adolescentes com D.M. como os adolescentes normais têm, durante a adolescência, muitas preocupações e dúvidas quanto à sua identidade e à sua orientação sexual. Contudo, nos adolescentes normais estas tendem a desaparecer gradualmente numa identificação heterossexual ou homossexual (numa percentagem muito reduzida) com o decorrer do tempo e o aumento da experiência sexual. Nos adolescentes com D.M. tende a permanecer uma orientação pouco definida e se este se mantiver por muito tempo privado de estabelecer relações interpessoais com o sexo oposto o comportamento homossexual torna-se o único meio possível para satisfazer a necessidade de intimidade afectiva com outrem, podendo, se não receber uma orientação adequada, converter-se numa fixação da sua identidade, de acordo com Belmonte, referido por Amor Pan (1997). Tanto os pais dos adolescentes e adultos com D.M. como dos normais têm dificuldade em aceitar o comportamento homossexual nos filhos, embora essa recusa se revele, nos primeiros, principalmente através da negação, e nos segundos mais através da raiva, revolta, ambivalência e depressão.

5. COMPORTAMENTOS SEXUAIS DESVIANTES

Os Comportamentos Sexuais Desviantes designam os comportamentos sexuais que se desviam das normas legais e sociais aceites que regulam a actividade sexual vigentes na cultura ocidental.* Correspondem aos comportamentos sexuais coacção sexual e a prostituição.

A Coacção Sexual consiste em constranger, através do uso da força física ou da ameaça grave, outra pessoa (criança ou adolescente) do sexo feminino ou masculino a praticar um acto sexual. Entre os adolescentes com D.M. a incidência dos condenados por ofensas sexuais varia de acordo com critérios sociais ou do Q.I. (quociente de inteligência) utilizados (Craft & Craft, 1981). Nos Estados

* O facto de durante a revisão da literatura termos verificado, tal como Bermejo e Verdugo (1993), a falta de consenso em relação aos comportamentos sexuais das pessoas com D.M. considerados inadequados, optamos por destacar aqueles que, quer em relação aos adolescentes com D.M., quer em relação aos adolescentes normais têm sido alvo de maior rejeição e contestação social.

Unidos, em que, no início do século XIX abundavam perspectivas como a de que as pessoas com D.M. tinham um desejo sexual exagerado na proporção da do animal e das forças físicas - « The sexual desires (in mental defectives) are exaggerated in proportion to the animal over the physic forces. » (Barr, 1904, p. 14), citado por Craft (1987) - ou então a de que não haveria nenhum investigador que pudesse negar o terrível papel desempenhado pela deficiência mental no aparecimento do vício, do crime e da delinquência... «Embora nem todos os criminosos sejam deficientes mentais, todos os deficientes mentais são, pelo menos, potenciais criminosos...» (Terman em 1916, p.497), citado por Craft e Craft (1981). Em 1979, MacEachron, referido por Craft e Craft (1981), encontrou em diferentes Estados, dos Estados Unidos, uma proporção de condenados com D.M. por ofensas sexuais que ia dos 2,6% aos 39,6% . Mais ainda, esta autora descobriu que quando era feita uma avaliação do Q.I. de todos os condenados, a prevalência dos adultos com D.M. condenados por ofensa era apenas ligeiramente superior à prevalência dos adultos com D.M. em geral, tendo, a partir daqui, concluído que: « a ofensa sexual é mais um problema do domínio social e legal que do nível de inteligência. »

Como afirmava Terman em 1916, p. 497, citado por Craft e Craft (1981), as ofensas sexuais cometidas por pessoas com D.M. não têm sido estudadas de modo adequado, uma vez que nem sempre têm sido separadas de outros tipos de crimes como o homicídio e o assalto. Segundo um estudo realizado por Meyerowitz, em 1971, referido por Craft e Craft (1981), descobriu que apenas um terço das queixas contra as pessoas com D.M. estavam relacionadas com o aspecto sexual, mas nunca apresentou nenhuma explicação para isso. Fowles, em 1977, referido por Craft e Craft (1981), por sua vez, chamou a atenção para o facto de que na prática dos tribunais ingleses a classificação de deficiência mental (subnormalidade) ser regularmente confundida com psicopatia, não obstante a relação que mantém com ela seja pequena, pelo que se devem analisar com um certo cuidado os dados referentes às ofensas sexuais na ausência de uma avaliação da sua deficiência mental. Mesmo quando há uma avaliação da deficiência mental, deve-se ter presente o nível de D.M. que a pessoa apresenta, para diferenciar, como afirma Júdez (1990), entre expressão sexual e sexualidade responsável. O modo como a polícia actua é outro dos aspectos a ter em conta. É fácil persuadir um deficiente mental a confessar um crime de veracidade duvidosa. Segundo, quando este comportamento, ofensa sexual, se verifica, não é por perversão ou com má intenção, mas porque resulta da ignorância e da falta

de treino. Como notou Kempton (1978) muitos crimes parecem piores pelo modo como foram registados no seu relatório do que foram na realidade, como é, por exemplo, o caso do adolescente com D.M. que recorre ao comportamento sexual desviante para chamar a atenção dos vizinhos sobre si.

Apesar das mudanças que têm vindo a verificar-se na aceitação e na integração social das pessoas com D.M., estas aparecem sobre-representadas nas prisões, de acordo com Hayes, referido por McCabe e Cummins (1996), na maioria das vezes por ofensas sexuais, tais como exibicionismo sexual* (Hawk, Rosenfeld & Waren, 1993 ; Klimecki, Jenkinson & Wilson, 1994). As vítimas das exigências sexuais das pessoas com D.M. são crianças (Griffiths, Hingsburger & Christian, 1985) ou outras pessoas com D.M. mais jovens ou mais frágeis (Zenatti, 1992) .

As causas que determinam a ocorrência destes comportamentos sexuais desviantes são inúmeras (Bermejo & Verdugo, 1993). Começamos a sua abordagem pela ausência de um meio normal. Com frequência, o ambiente, as condições de aprendizagem proporcionadas às pessoas e aos adolescentes com D.M. são anómalas, significativamente diferentes do normal devido à ausência de reforço da sua sexualidade, ao acesso limitado às actividades de grupo, às relações com os pares e aos locais e actividades em que os comportamentos socio-sexuais valorizados culturalmente se aprendem. A repressão das manifestações socio-sexuais da pessoa com deficiência mental causada pela representação de que esta irá ser eternamente criança leva à sua super-protecção e segregação. A existência, nalguns casos, de ambientes (instituições) segregados, em que as expectativas sexuais e os modelos de comportamento sexual oferecidos são inapropriados. A falta de privacidade, quer no contexto institucional, quer no familiar devido à vigilância de que a pessoa com D.M. é alvo, torna o seu comportamento sexual inevitavelmente visível e público. O nível de funcionamento cognitivo do adolescente quanto mais baixo fôr ou tiver associado outras deficiências, vai levar a um menor desenvolvimento das competências sociais e a um menor acesso às aprendizagens sociais, o que, provavelmente, poderá contribuir para o aparecimento dos comportamentos sexuais desviantes (inadequados). Estes comportamentos sexuais inadequados

*De acordo com a DSMIV, no exibicionismo, o sujeito, para além de expor os seus genitais a estranhos, pode masturbar-se enquanto se expõe (ou enquanto fantasia expor-se) .

podem ser determinados, segundo Elena Ochoa (1991), pelas dificuldades em adiar as gratificações e ponderá-las adequadamente - dificuldades no auto-controlo ; pelos défices no raciocínio e no julgamento social/moral, que se tornam evidentes nas dificuldades em considerar o tempo, o local, o parceiro e ou o consentimento deste adequados para a realização do seu comportamento sexual ; pelas manifestações de afecto indiscriminadas e compulsivas ; pelas dificuldades em expressar, verbalizar e explicar sentimentos, pensamentos e experiências; pela dificuldade em distinguir a realidade dos sonhos e das experiências fruto da imaginação e pela tendência a mostrar o seu corpo em qualquer situação. Outras causas ainda são a ausência ou então uma educação sexual restritiva, técnica (biológica) e proteccionista, não contemplando, por exemplo, o relacionamento socio-sexual com a(o) parceira(o). Esta lacuna na educação sexual associada à observação do relacionamento socio-sexual dos adolescentes ou adultos normais nos seus contextos de vida ou através dos filmes nos media, provocam no adolescente com D.M. o desenvolvimento de expectativas irrealistas difíceis de, posteriormente, vir a ser concretizadas (Craft & Craft, 1981). As expectativas desenvolvidas são tanto mais irrealistas quanto maior fôr o isolamento, a solidão do adolescente com D.M. e maior a redução das oportunidades deste encontrar uma parceira adequada.

O nível de competências sociais adquirido pelo adolescente com D.M. determina o seu grau de aceitação na sociedade e nos seus contextos sociais imediatos (Bermejo & Verdugo, 1993). Devido a níveis de funcionamento cognitivo baixos, a falta de oportunidade de experiências sociais e de possibilidades de observar, desenvolver e praticar competências sociais, o adolescente com D.M. apresenta um baixo nível de competências sociais que fazem com que cometa erros e mostre receio perante as interações sociais (Bermejo & Verdugo, 1993). Estes défices nas competências sociais e socio-sociais são uma das causas mais importantes dos comportamentos sexuais inadequados (Murphy, Coleman & Haynes, 1983). Com efeito, os adolescentes e adultos com D.M. fazem inferências erradas sobre as amizades, têm dificuldade em conceptualizar antecedentes, ligações causais ou possíveis consequências de uma situação - dificuldade na tomada de decisão e na resolução de problemas (Edmonson, de Jung, Leland & Leach, 1974). Apresentam ainda ideias confusas acerca da amabilidade e da confiança, da diferença de papeis e da percepção da distância social (Bermejo & Verdugo, 1993).

As atitudes existentes na sociedade em relação à sexualidade das pessoas com D.M. têm uma grande influência na adequação do seu comportamento sexual. Por um lado, a crença que identifica o déficit cognitivo com a redução de sexualidade (Loperfido, 1988), de que resulta a concepção das pessoas com D.M. como crianças inocentes, sem impulsos sexuais, e por outro, a de que as pessoas com D.M. estão submetidas a impulsos sexuais irreprimíveis, incapazes de controlar a sua actividade sexual (Craft, 1985 ; Katz, 1985 ; Abramson, Parker & Weisberg, 1988 ; Júdez, 1990), têm originado atitudes sociais como a negação e a repressão das suas manifestações sexuais. Esta repressão, na opinião de De Quero e Saez (1993), pode encontrar, na realização de alguns comportamentos sexuais inadequados, como por exemplo o voyeurismo e o exibicionismo, uma saída para a sua satisfação. O abuso sexual durante a infância, segundo Quinsey, referido por Bermejo e Verdugo (1993), a repressão e a punição sofridas precocemente por causa das suas manifestações sexuais, segundo Walen, referido por Bermejo e Verdugo (1993), e o condicionamento precoce a uma estimulação desviante (Money, 1993), são outras das causas que têm sido apontadas como determinantes para o aparecimento dos comportamentos sexuais inadequados.

Os adolescentes normais que cometem ofensas sexuais têm sido objecto do interesse de vários investigadores, entre os quais Davis e Leitenberg (1987), que demonstraram que , nos Estados Unidos, cerca de 20% das violações e 30 a 50% dos casos de abuso sexual de crianças eram atribuídos a estes. Além disso, aproximadamente 50% dos adultos condenados por ofensas sexuais referiram que a sua primeira ofensa sexual ocorreu no início da sua adolescência. Num outro estudo, Burges, Hazelwood, Rakous & Hartman (1988) confirmaram que a repetição dos comportamentos sexuais violentos dos violadores reincidentes detidos começou na adolescência. Esses actos sexuais delinquentes abrangiam a violação, o roçar e o tocar sem consentimento, o exibicionismo e o voyeurismo. Muitos dos adolescentes que apresentam Comportamentos Sexuais desviantes sofreram, no passado, abuso físico e provavelmente sexual e/ou testemunharam a violência familiar (Lewis, Shanok & Pincus, 1981 ; Van Ness, 1984).

Aproximadamente dois terços das vítimas destes adolescentes delinquentes sexuais são crianças, quase sempre do sexo feminino, parentes ou conhecidas deste (Davis & Leitenberg, 1987). Alguns estudos clínicos têm destacado diversas características psicológicas do adolescente delincente sexual, tais como sentimentos de uma masculinidade inadequada, baixa auto-estima,

revolta contra as mulheres, falta de competências sociais e fantasias eróticas atípicas. Segundo Moore e Rosenthal (1993), estes estudos pecam por algumas falhas metodológicas, em particular a de não contemplarem um grupo emparelhado de controle. O mesmo já não acontece com o estudo de Blaske, Borduin e Henggeler (1989) que compararam adolescentes dos 13 aos 17 anos, distribuídos em 4 grupos - condenados por ofensas sexuais; condenados por assalto; condenados não violentos e não condenados. Os autores notaram que os delinquentes sexuais relatavam níveis de ansiedade mais elevados que os outros grupos, estavam menos vinculados aos pares, sentiam-se muito indiferentes na relação com os outros, tinham uma comunicação muito pobre com as suas mães e tinham famílias muito disfuncionais. Todavia, uma das dificuldades que subsistem em caracterizar verdadeiramente os adolescentes delinquentes sexuais é encontrar informação válida a seu respeito, uma vez que estes conseguem evitar a condenação devido à dificuldade em provar a sua presumível culpa. Para este facto contribuem a existência de mitos sobre a violação, as atitudes sexistas e as crenças que justificam a coerção e a força sexual existentes (Moore & Rosenthal, 1993). Apesar do mito da violação não ser aceite por todos, alguns continuam a considerar que a culpa é da vítima. Segundo Wallis, referido por Moore e Rosenthal (1992), revelou que um quarto dos adultos numa comunidade (Victória, na Austrália) acreditava que, nalguns casos de abuso sexual infantil, a culpa era da criança. Esta opinião foi defendida pelo dobro dos homens comparativamente às mulheres.

Também Blumberg e Lester (1991), demonstraram que este mito de considerar a vítima como culpada da sua própria violação é aceite pelos dois sexos, embora seja mais comum entre os homens e os rapazes que entre as mulheres e as raparigas. A crença de que os impulsos sexuais masculinos são tão poderosos que eles têm de ser satisfeitos a qualquer custo, associada à crença correspondente de que aqueles que não exibem tais impulsos sexuais fortes (poderosos) não são "verdadeiros homens", exercem pressão nos homens para mostrar as suas proezas sexuais. Acontece que os adolescentes são socializados, educados de acordo com este discurso, com estas crenças (Moore & Rosenthal, 1993). O número de adolescentes do sexo masculino que forçam as raparigas com quem andam a ter relações sexuais ou outro comportamento sexual contra a vontade desta, recorrendo com frequência à força física, tem vindo a aumentar, segundo Warshaw (1990). O facto de as vítimas, as raparigas, se mostrarem relutantes em relatar estas violações, com receio de que o seu consentimento no

encontro, no "andar com" seja interpretado como o seu consentimento na violação, torna difícil conhecer a real dimensão deste fenómeno. Pelas razões que já foram anteriormente expostas, a incidência da violação e da molestação sexual é mais elevada que a baseada nas queixas apresentadas. Este dado tem sido confirmado através de estudos realizados por Gavey (1991), na Nova Zelândia, e por Klingman e Vicary (1992), nos Estados Unidos. Estes últimos autores descobriram que 23% das estudantes do sexo feminino da universidade tinha experienciado, de alguma forma, uma actividade sexual não desejada, que lhe tinha sido imposta pelo parceiro com quem se encontravam ou com quem namoravam e que 15% tinham sido violadas. Fromuth, Burkhart e Jones (1991), por sua vez, detectaram, através de um questionário efectuado a jovens universitários do sexo masculino sobre as suas actividades sexuais, que 3% destas actividades podiam ser classificadas de molestação sexual de crianças, sendo as vítimas sobretudo do sexo feminino. Roberts (1992, p. 179) mostrou que um terço dos rapazes de 14 anos que participaram numa pesquisa sobre a violação pensavam que esta era justa se a rapariga "o tivesse levado a começar..." ("led him on..."). Aproximadamente 10% pensava que a violação era aceitável se já "andassem há muito tempo com a rapariga" ou se esta "estivesse drogada ou bêbada", enquanto que 14% pensava que as raparigas que tinham tido relações sexuais com outros rapazes, eram um alvo permissivo à violação. Destes rapazes, 23% considerava a violação igualmente permissível sempre que a rapariga dissesse "que vai ter sexo com ele e depois mudar de ideias". Muitos destes jovens acreditam que as raparigas desejam dizer sim, mesmo quando dizem não ao sexo.

A prostituição implica o envolvimento deliberado duma pessoa em actividades sexuais com um estranho, com o objectivo de obter recompensas materiais. A prostituição adolescente é por vezes erradamente considerada um fenómeno da sociedade actual, embora já no séc. XIX, na Inglaterra, tenha sido regulamentada a sua prática a partir dos 16 anos de idade.

A prostituição adolescente masculina, de acordo com uma revisão de Brown (1979), é provavelmente tão comum como a feminina, embora os códigos morais e legais tenham sido construídos para lidar exclusivamente com a prostituição feminina. Esta perspectiva da prostituição como uma actividade feminina reflecte-se a nível da investigação, na escassez de estudos que existem sobre a prostituição homossexual e na ausência dos mesmos em relação à prostituição heterossexual. Esta prática sexual ocorre, na maioria das vezes, num

contexto cultural em que o estigma da prostituição é tão grande quanto o da homossexualidade, com a desvantagem, sublinhada por Wilson e Arnold, referidos por Moore e Rosenthal (1993), de não existir nenhuma ideologia que legitime a prostituição homossexual como existe em relação à prostituição heterossexual, que absolve a prática, enquanto condena a mulher prostituta.

A prostituição adolescente masculina preocupa a comunidade devido ao receio da expansão da SIDA. Os jovens que se prostituem não têm provavelmente emprego, são provenientes de meios sociais desfavorecidos, carentes e, de um modo geral, não são propriamente homossexuais. Allen (1980) demonstrou que os jovens do sexo masculino que se prostituem não constituem um grupo homogêneo, sendo possível isolar 4 categorias.

Assim, temos adolescentes muito jovens, com fugas e abandono escolar precoce, que assumem uma postura de "macho" e que podem ter namorada ou mulher e cuja experiência no mundo da prostituição pode ser transitória.

O segundo grupo também trabalha a tempo inteiro através do contacto telefónico, são mais atraentes, um pouco mais velhos, mais bem educados que os prostitutas de rua, e procuram manter uma relação permanente com um cliente mais velho, com o objectivo de obter deste benefícios a longo prazo, não só materiais como até mesmo um certo apoio emocional.

O terceiro grupo é constituído por jovens que fazem da prostituição um part-time, um meio complementar de rendimento. Trabalham habitualmente na rua, embora também possam ser contactados pelo telefone ou trabalhar para um proxeneta. Estes jovens são frequentemente estudantes que necessitam de dinheiro extra para determinados fins e colocam poucos problemas de ajustamento.

O último, quarto grupo, é constituído por jovens que, embora utilizem a "cultura delinquente de pares" para hostilizar os homossexuais, são como muito bem sugere Allen também eles próprios homossexuais, tentando negar a sua orientação sexual através da agressividade e da hostilidade contra os comportamentos homossexuais.

Há uma grande semelhança entre os rapazes e raparigas envolvidos na prostituição. A maioria dos rapazes prostitutas ocupa todo o seu tempo nesta actividade, tendo abandonado precocemente a escola, foram rejeitados pelos pais e cresceram num ambiente familiar onde reinavam a violência, a discórdia, o conflito, a falta de amor e afecto. Devido à ausência duma família estável e intacta, a maior parte destes rapazes tem uma grande necessidade de amor e de

afecto (Garbarino, 1985). Especialmente a ausência do pai poderá ter repercussões psicológicas no jovem prostituto, se a ausência de modelos masculinos válidos não fôr compensada pela camaradagem que se desenvolve entre os jovens. De acordo com Wilson e Arnold, referidos por Moore e Rosenthal (1993), para alguns rapazes jovens a vida nas ruas proporciona o mesmo tipo de emoção que os "jogos de azar". Com as poucas competências que adquiriram, levam provavelmente vidas que são extremamente limitadas e frustrantes. É verdade que muitos destes adolescentes prostitutos são explorados, mas também é evidente que alguns deles usam a prostituição para explorar os outros.

Em síntese, entre os adolescentes com deficiência mental, a incidência dos comportamentos sexuais desviantes ou inadequados varia conforme são utilizados critérios sociais ou de Q.I. . A ausência frequente de um diagnóstico válido da deficiência mental dos acusados leva a que estes sejam confundidos com os psicopatas ou apenas sejam condenados com base em critérios legais e sociais, por vezes muito discutíveis, por exemplo, a forma como a polícia obtém a confissão da pessoa com deficiência mental. Pelo contrário, entre os adolescentes normais, a incidência das ofensas e delitos sexuais por eles praticados é maior que a quantidade de queixas apresentadas devido aos mitos sobre a violação e às atitudes sexistas prevalentes na sociedade que justificam o uso da coerção e da força sexual e demovem a vítima a apresentar queixa e evitam a condenação. Mais, ainda hoje estes adolescentes normais vêem os seus comportamentos sexuais desviantes incentivados pela crença de que as suas poderosas necessidades biológicas (impulsos sexuais) têm de ser satisfeitas a qualquer custo, o que os pressiona a mostrar as proezas sexuais, enquanto que os adolescentes com D.M., pelo contrário, sofrem a repressão das suas necessidades sexuais devido à crença de que têm dificuldade em controlar os seus poderosos, intensos impulsos sexuais, apesar da pessoa com níveis de deficiência mental menos acentuados (médio e, sobretudo, ligeiro) apresentarem uma considerável capacidade de auto-controlo, regulação sexual, como assinalam Abramson, Parker e Weisberg (1988), e de responsabilidade (Júdez, 1990).

Enquanto entre os adolescentes normais o número dos que recorrem à coerção sexual, mesmo com as companheiras com quem andam ou com as namoradas tem vindo a aumentar, entre os adolescentes com D.M. tem vindo a diminuir, à medida que lhe vão sendo dadas oportunidades de aprendizagem e de socialização iguais às das pessoas normais (Mitchell, 1987) .

A incidência dos comportamentos sexuais desviantes entre os adolescentes e adultos com D.M. parece, assim, resultar mais dos contextos de aprendizagem a que estas pessoas estão expostas do que da sua própria deficiência mental (Bermejo & Verdugo, 1993). Com efeito, entre os adolescentes com D.M. de nível moderado, as causas externas, ambientais parecem ter um papel mais preponderante na determinação dos comportamentos sexuais desviantes que as causas internas, enquanto entre os adolescentes normais parece existir uma menor discrepância entre a influência exercida por cada um dos dois tipos de causas. Todavia, a esta diferença entre estes dois grupos não é alheia a escassez de investigações sobre as características psicológicas, sobretudo dos adolescentes com D.M.

Há, pelo menos, uma causa que infelizmente parece ser comum às pessoas (adolescentes e adultos) com ou sem deficiência mental: o terem sido vítimas de abuso sexual e de maus tratos físicos durante a infância ou a adolescência.

A prostituição masculina entre os adolescentes e os adultos normais é, provavelmente, tão antiga e comum quanto a prostituição feminina. O seu estigma é comparável ao da homossexualidade, acrescido da desvantagem de não ter nenhuma ideologia que a legitime. A prostituição masculina não constitui um grupo homogêneo sendo possível isolar 4 categorias. Durante a adolescência a prostituição masculina tem um carácter essencialmente transitório. No caso dos mais jovens, devido ao fracasso escolar e à necessidade de afirmação sexual; no caso dos mais velhos devido à necessidade de obter dinheiro para determinados fins. Tal como acontece com as raparigas adolescentes que se prostituem, os rapazes que se prostituem também têm um baixo nível de escolaridade, são provenientes de famílias disfuncionais em que há a ausência de um modelo masculino válido com que se possam identificar.

6. OUTROS COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Outros Comportamentos Sexuais incluem os seguintes tipos de comportamentos: comportamentos de defesa perante as intenções de abuso e controlo dos impulsos sexuais.

Têm essencialmente em comum o acrescentarem qualificações aos outros comportamentos.

Os comportamentos de defesa perante as intenções de abuso sexual consistem na participação em actividades sexuais não desejadas por incapacidade de se opôr à vontade sexual do outro. Engloba actividades que vão desde a estimulação e a exposição dos órgãos sexuais, às relações sexuais.*

Os adolescentes com D.M. correm um elevado risco de sofrerem de abuso sexual, sendo estimada a sua prevalência em termos estatísticos, entre os 25% e os 83% (Lumley & Miltenberger, 1997). Num estudo efectuado por Hard (1986), citado por Watson Bain e Houghton (1992), em centros de actividades ocupacionais, 83% dos sujeitos do sexo feminino e 32% do sexo masculino tinham sido vítimas de abuso sexual antes dos 18 anos de idade.

A maioria dos abusos sexuais são praticados por pessoas (adultos) conhecidos dos adolescentes, pais ou outros familiares próximos, professores ou vizinhos ou ainda outros adultos que gozam da confiança do jovem (Félix, 1995), sendo apenas 8% destes praticados por estranhos (Lumley & Miltenberger, 1997) e menos ainda por abusadores com deficiência mental (Sobsey & Doe, 1991; Sobsey & Varnhagen, 1988 ; Testal & Santos, 1995). O adolescente com D.M. pode não ter consciência que foi abusado e sentir mesmo o abuso sexual como uma manifestação de interesse especial por si (Félix, 1995). Esta elevada vulnerabilidade ao abuso sexual deve-se à confiança nos estranhos; à dificuldade em diferenciar, nalgumas situações, um comportamento sexual adequado de um inadequado; à dificuldade em perceber as motivações dos outros; ao facto de ter aprendido a obedecer a instruções; ao facto de não lhe ter sido ensinado a recusar, dar ou receber afecto, isto é, à ausência de treino de competências assertivas; à falta de competências de comunicação (Sobsey & Mansell, 1990; Sobsey & Varnhagen, 1988); à ausência de treino da capacidade de defesa perante convites sexuais não desejados; à dificuldade em denunciar aos outros o abuso sexual. A estas causas, A.Craft (1987) acrescenta: a falta de informação sexual; a ignorância dos seus direitos pessoais; a existência de pessoas sem escrúpulos; o nunca ter sido permitido à própria pessoa com D.M. mandar no seu próprio corpo; a baixa auto-estima e o facto do conformismo ter sido considerado um sinal de comportamento bom e adequado; o facto de, sobretudo os que possuem níveis de deficiência mental mais acentuados, serem dependentes de outrem para a satisfação de algumas das suas necessidades pessoais; o facto de

* Uma outra definição complementar desta poderá ser encontrada na SecçãoII - Crimes contra a Autodeterminação Sexual - , no artigo nº 173, p. 177 do Código Penal.

estarem isolados socialmente; a falta de segurança e de competências para falarem de si próprios; o facto de a sua educação ter consistido no uso de relações em que o poder e o controle predominam sobre a negociação e a democracia. Esta elevada vulnerabilidade faz com que, provavelmente, a incidência real do abuso sexual dos adolescentes com D.M. seja maior que o número de casos (queixas) apresentados em tribunal, dadas as limitações das vítimas em relatar e denunciar o abuso e o abusador (Félix, 1995). Quanto à percepção dos pais sobre a vulnerabilidade dos filhos em relação ao abuso, dos 32 pais da amostra estudada por Sánchez (1993), 66% dos quais tinham filhos com idades entre os 17 e os 23 anos e 44% tinham filhos com idades entre os 24 e os 35 anos, aproximadamente metade do total dos pais (43%) considerou que os filhos do sexo masculino saberiam defender-se perante as situações de abuso sexual, enquanto que a outra metade dos pais (57%) manifestou a opinião contrária.

O abuso sexual produz enormes danos físicos, emocionais e sociais no adolescente com D.M.. Margrethe Christensen (1992) sublinha que o abuso sexual provoca uma perturbação emocional que se traduz num comportamento provocador, agressivo ou de autodestruição, com alterações súbitas de humor e sintomas autísticos e fazendo notar que estas perturbações emocionais podem interferir com o desenvolvimento mental da criança ou do jovem e tornarem o seu atraso mais acentuado.

Os adolescentes normais, devido à sua atractividade, baixo poder e estatuto são vítimas com frequência de abuso e violência sexual, quer pela parte dos pares, quer dos adultos, embora seja difícil precisar a sua prevalência, uma vez que este nem sempre é denunciado ou condenado, dada a diversidade de leis de que é alvo nas diferentes regiões ou países. De acordo com a American Humane Association, o sexo feminino é 10 vezes mais vítima de abuso sexual que o sexo masculino. No entanto acredita-se que o abuso sexual dos rapazes é, provavelmente, pouco denunciado (Garbarino, 1985). A relutância dos adolescentes do sexo masculino em relatar e denunciar o abuso sexual relaciona-se, sem dúvida, com o estigma associado à homossexualidade e com o intenso sentimento de vergonha em admitir que tenha sido abusado.

Está demonstrado que, na maior parte dos casos, o abuso sexual é praticado por alguém que é conhecido da vítima, como por exemplo pais ou outros adultos ou mesmo jovens da sua confiança. O incesto é mais difícil de enfrentar que o abuso perpetrado por um estranho, compreende mais que um incidente

durante um longo período de tempo e as vítimas sentem que não têm ninguém a quem possam pedir ajuda ou em quem possam confiar. Eles receiam que possam não vir a acreditar neles, receio que muitas vezes tem a sua razão de ser. Pensam também que a denúncia do abuso sexual pode causar o colapso da família ou a rejeição por parte dos outros membros da família. No caso do abusador ser o pai, a vítima sente-se traída pelo outro pai não abusador, que pode ser percebido pelo abusado como impotente para proteger ou mesmo como conivente com o abuso. No caso do abusador ser um estranho, o abusado pode considerar, imediatamente, o abusador como perverso e odiá-lo. Ora esta interpretação é mais difícil e impossível de fazer se for um membro da família (Moore & Rosenthal, 1993).

Vários estudos têm mostrado que o abuso sexual ocorrido durante a infância e a adolescência provoca mau ajustamento sexual durante a adultícia (Fromuth, 1986 ; Mackay, Hacker & Weissfeld, 1991 ; McCabe, 1989 ; Polit, White & Morton, 1990 ; Runtz & Briere, 1986 e Silbert & Pines, 1981). Mais, os adolescentes vítimas de abuso sexual, quer de familiares, quer de estranhos, podem apresentar alguns ou todos os sintomas das perturbações de pós-stress traumático (Mezey & King, 1989 ; Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989), além de uma baixa auto-estima, sérios problemas de relacionamento com a família, de atitudes e de sentimentos sexuais de incapacidade para dominar o mundo exterior (Orr & Downes, 1985).

Comparando o perfil psicológico destes adolescentes vítimas de abuso sexual com o dos adolescentes que nunca foram abusados, os primeiros, dois anos depois de terem sofrido o abuso, apresentavam uma auto-estima mais baixa, uma maior incidência de problemas relacionais, um nível mais baixo de satisfação com o trabalho e uma menor esperança no futuro e felicidade em geral (Murphy, Amick-Mullan & Kilpatrick, 1988). Mesmo quando comparados com um grupo de adolescentes não abusados, mas utentes de clínica geral para adolescentes*, os adolescentes vítimas de abuso mostraram, numa forma significativa, mais problemas com os objectivos vocacionais e educacionais, maior evidência de problemas psicopatológicos e maior dificuldade na sua capacidade para dominar o meio (Orr & Downes, 1985).

*No original : « Patients from a general Adolescent Clinic »

Em síntese, tanto entre os adolescentes com D.M. como entre os adolescentes normais, a incidência real do abuso sexual é muito mais elevada que o número de relatos e de queixas apresentados em tribunal fariam supor, sendo, mesmo assim, maior entre os adolescentes com D.M. devido à maior vulnerabilidade decorrente quer da sua deficiência mental, quer tendo em conta o modo como foram educados e socializados. Esta discrepância entre a incidência real e a divulgada deve-se, no caso dos adolescentes com D.M., sobretudo à ausência de conhecimentos sexuais e dos seus direitos pessoais, à ausência de competências (de assertividade, de comunicação, etc.), enquanto no caso dos adolescentes normais se deve principalmente a factores de ordem emocional (psicológica) e cultural.

Tanto os adolescentes com D.M. como os adolescentes normais podem ser vítimas do mesmo tipo de abusadores sexuais: desconhecidos ou familiares. Porém, enquanto os adolescentes com D.M., sobretudo os que detêm maior número de características que conferem vulnerabilidade, podem não ter perfeita consciência de que estão a ser abusadas sexualmente e sentirem mesmo o abuso como uma forma de alguém manifestar interesse por si, os adolescentes normais, especialmente no caso de incesto, sofrem com a consciência que têm de que estão a ser vítimas de abuso sexual e da sua vulnerabilidade, assim como das repercussões que teria a sua denúncia quer a nível familiar quer pessoal. O abuso sexual causa sérios danos sociais, psicológicos e emocionais, quer aos adolescentes com D.M. quer aos adolescentes normais, embora a forma como estes últimos se possam traduzir nuns e noutros possa ser diferente.

O Controlo dos Impulsos Sexuais consiste na capacidade de orientar, resistir e adiar voluntariamente a satisfação dos seus impulsos sexuais de acordo com as expectativas e as exigências da sociedade. Vários autores (Shapiro, 1986 ; Zigler & Balla, 1982 ; Whitman, 1990) têm destacado a dificuldade que a pessoa com D.M. tem de regular e controlar o seu próprio comportamento, embora a atribuam a uma série de factores remediáveis através do ensino/educação, mesmo considerando a sua deficiência mental.

No âmbito do controlo dos impulsos sexuais as opiniões dividem-se. Zenatti (1992) faz referência aos comportamentos sexuais pouco controlados dos adolescentes e jovens adultos da sua amostra, quer quando estão no lar - residência uns com os outros, quer quando estão sozinhos, não manifestando sentimentos de vergonha e culpabilidade mesmo quando são surpreendidos. Em

contraste, Abramson, Parker e Weisberg (1988), baseando-se no estudo realizado anteriormente por Edgerton (1970), salientam a existência de um eficaz auto-controlo dos impulsos sexuais, quer no contexto institucional, quer na comunidade em geral.

Edgerton, no mais clássico dos estudos sobre o auto-controlo do comportamento sexual, afirma que o preconceito de que as pessoas* com D.M. têm mais dificuldade de controlar os seus impulsos sexuais invade tanto a literatura profissional, como a opinião pública e tem justificado a necessidade de, em relação a estas, se proceder a uma rigorosa vigilância, à sua segregação e esterilização. Este facto coloca a questão sobre se as pessoas com D.M. são capazes ou não do mesmo auto-controlo que as pessoas ditas normais. É um facto incontestável que as pessoas ditas normais nem sempre demonstram uma capacidade de auto-controlo absoluta.

É verdade que dispomos de muitos dados sobre a impulsividade e a inadequação dos comportamentos sexuais, só que , de acordo com o mesmo autor, estão contaminados por elementos subjectivos, pelo que para obter dados isentos teríamos que conhecer o controlo de que as pessoas com D.M. são capazes em circunstâncias diferentes.

Partindo das suas investigações, Edgerton sublinha que pelo menos as pessoas com D.M. de nível ligeiro são capazes de um controlo realmente notável, que chega a tocar mesmo o puritanismo, em qualquer contexto, acrescentando ainda que o auto-controlo dos impulsos sexuais nos grupos em que foi estudado, resultava duma regulação interna - dos próprios valores, desejos e vontades do sujeito - e não de uma imposição social.

A maioria dos pais e professores do estudo de Katoda (1993), realizado simultaneamente em Tóquio e em Estocolmo, discordam da opinião de Edgerton quanto à capacidade de auto-controlo dos impulsos sexuais por parte das pessoas com D.M., mais especificamente dos adolescentes. Com efeito, tomando sempre como grupo de referência os adolescentes com D.M. de níveis ligeiros e moderados, com idades entre os 15 e os 16 anos, Katoda colocou aos professores destes a seguinte questão: « Pensa que é especialmente difícil para as pessoas com D.M. controlar os seus sentimentos e os seus comportamentos sexuais?». Dos 20 professores de Estocolmo (17 do sexo feminino e 3 do sexo

*Optámos pela designação "pessoas", uma vez que o autor não indica qualquer fase desenvolvimental, limitando-se a usar a terminologia "o deficiente mental".

masculino) , 65% responderam que sim, 5% que não e 30% talvez, enquanto que dos 111 professores de Tóquio (48 do sexo feminino e 63 do sexo masculino), 46% responderam sim, 23% não e 31% talvez. Como podemos verificar, as opiniões dos professores de uma e de outra cidade são unânimes quanto à dificuldade que as pessoas com D.M. têm em controlar os seus sentimentos e comportamentos sexuais.

A fim de conhecer a opinião dos pais destes sobre o mesmo assunto, Katoda colocou-lhes a seguinte questão: « Pensa que as pessoas com D.M. têm maior dificuldade que as outras em controlar os seus sentimentos e comportamentos sexuais ?». Dos 41 pais (36 mães e 5 pais) de Estocolmo, 27% responderam que sim, 29% que não e 44% que talvez , enquanto que dos 106 pais de Tóquio (94 mães e 12 pais), 55% responderam que sim, 10% que não e 35% talvez. Não obstante, entre os pais inquiridos das duas cidades não se tenha verificado a mesma concordância nas opiniões que se verificou entre os professores, a grande maioria dos pais pensa que as pessoas com D.M. têm maiores dificuldades que as outras em controlar os seus sentimentos e comportamentos sexuais.

Peñuelas (1993) observou igualmente que os pais temem que a deficiência mental não proporcione aos filhos os mecanismos de controlo suficientes para a contenção dos seus impulsos sexuais. Porém isto é a dimensão do fantasma que, afirma a mesma autora, pelo facto de estar presente, pode chegar a ter uma eficácia real. É evidente que não corresponde à realidade da dimensão da deficiência mental pois, continua a mesma autora, baseando-se na opinião de Jerusalinsky, uma vez que o controlo dos impulsos sexuais depende dos processos de identificação e de simbolização, os quais, para ocorrerem, necessitam apenas duma inteligência intuitiva, isto é, só impossível a partir do nível da deficiência mental severa, em que o processo de simbolização atinge um tal nível de restrição que impossibilita o processo de elaboração dos impulsos sexuais. Já anteriormente Abramson, Parker e Weisberg (1988) tinham enfatizado , ao contrário do que então era comum crer-se, a existência da capacidade de auto-controlo, auto-regulação sexual nas pessoas com D.M. de níveis menos acentuados.

Em síntese, as opiniões dos autores dividem-se quanto à presença ou não de dificuldades de controle dos impulsos sexuais por parte das pessoas e mais especificamente dos adolescentes com D.M., só que a ausência ou a insuficiência

das informações sobre a metodologia, incluindo a amostra utilizada nos estudos de Edgerton e de Zenatti, tornam difícil determinar a razão que os levaram a chegar a conclusões divergentes. Talvez a explicação se encontre nas investigações de outros autores (como Shapiro, 1986 ; Zigler & Balla, 1982 ; Witman, 1990) que têm demonstrado que, embora a pessoa com D.M. manifeste dificuldades ao nível do auto-controlo, estas são superáveis através dum processo de ensino/educação adequados. Ou ainda de outros, que defendem que a aquisição da capacidade de controle dos impulsos sexuais depende dos processos de identificação e de simbolização e que estes são possíveis de se realizarem em pessoas com nível de inteligência moderado. Têm também sido sugeridas razões completamente inversas das anteriores, segundo as quais, ou devido à ausência de ensino/educação adequados ou ao "fantasma" de que por causa da deficiência mental os adolescentes e adultos que dela são portadores não têm auto-controlo, os profissionais de Katoda (1993) manifestaram o seu acordo quanto às maiores dificuldades de auto-controlo da pessoa com deficiência mental, se bem que não tenha acontecido o mesmo com os pais. Todavia, mais uma vez, a diferença de dimensão da amostra utilizada pelo autor nos dois estudos, 41 (pais - Estocolmo) e 106 (Tóquio), limita o exacto conhecimento das suas verdadeiras causas, ainda que, provavelmente, as diferenças entre as duas culturas (sueca e japonesa) e o sistema de educação do adolescente com D.M. (integração -segregação) tenham uma influência determinante nas opiniões dos pais. De facto, este é um assunto em que há ainda muito a estudar.

Concluindo, neste capítulo, após uma sistematização e uma organização da literatura e da investigação sobre os comportamentos sexuais em grandes tipos, procurou-se, em relação a cada um destes e aos factores que os determinam, salientar as semelhanças e as diferenças entre os adolescentes com deficiência mental e os adolescentes normais.

Capítulo 4 - OBJECTIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO

1.ÂMBITO E OBJECTIVOS

O presente estudo empírico procura caracterizar as representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes. O conhecimento destas representações constitui também um contributo fundamental para a compreensão da problemática mais vasta da educação sexual dos jovens, particularmente dos que têm deficiência mental. Assim, insere-se no âmbito do nosso interesse por esta temática, que se tem desenvolvido desde há alguns anos a esta parte, tendo originado, entre outros, a elaboração e concretização de programas de intervenção perspectivados segundo os seus diferentes contextos, processos e agentes de intervenção (Loureiro, 1994/95 ; 1997) .

A sexualidade tanto pode constituir uma forma privilegiada de enriquecimento pessoal e relacional como, pelo contrário, tornar-se numa fonte de sofrimento que afecta dramaticamente toda a vida pessoal e relacional do ser humano (Gomes, 1992) . A ocorrência de bloqueios e de formas de expressão sexual imaturas, ignorantes, inibidas, culpabilizantes ou violentas são frequentemente consequência duma educação sexual ausente ou pouco adequada.

A educação sexual pode ocorrer dum modo formal e explícito, isto é, enquanto projecto de intervenção pedagógica estruturada e intencional ou dum modo informal e implícito. Em qualquer caso, a educação sexual alicerça-se num processo de contínua interacção entre um indivíduo pertencente a um determinado sexo e os outros, nos diferentes contextos de vida em que se desenvolve : família, escola, amigos, etc. É nesta forma de perspectivar a educação sexual que se inscreve o interesse pelo objecto do presente estudo empírico: o conhecimento e a caracterização das representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes, particularmente dos que são portadores de deficiência mental.

A educação sexual começa, então, com a vida relacional do ser humano. Como mostram investigações recentes (López, 1989), a qualidade das relações precoces que o bebé estabelece com os pais, primeiras e mais importantes figuras de vinculação, vai mediatizar a sua sexualidade ao longo de toda a vida. Com a vida relacional, inicia-se também o desenvolvimento psicosssexual que vai conferir sentido, forma e energia à sexualidade. Processo complexo que, como vimos na primeira parte deste trabalho, depende da interacção de um conjunto de

factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, o desenvolvimento psicosexual constrói-se ao longo da história do indivíduo através das interacções que este mantém com os outros nos diferentes contextos da sua vida (Menezes, 1990) . Os pais são, no nosso contexto socio-cultural, de entre os adultos significativos, aqueles que mais oportunidades têm de presenciar e de participar activamente na sua evolução. Na verdade, estes têm grande influência nos comportamentos sexuais dos filhos, quer servindo-lhes de modelos de comportamento sexual, quer intervindo na formação das suas atitudes e valores em relação à sexualidade.

Uma das fases cruciais desse desenvolvimento psicosexual, sejam quais forem as características do indivíduo, é a adolescência. Com efeito, durante esta fase ocorrem inúmeras mudanças e colocam-se igualmente inúmeras questões relativas à sexualidade e a outras áreas com ela intimamente relacionadas, tais como a dependência-autonomia, a aceitação pelos pares, o sentido de competência, a definição de valores e a construção da identidade. É importante que os pais reajam a estas mudanças nos filhos com reconhecimento e adaptação, introduzindo algumas alterações nas relações familiares e no estilo de interacção. É essencial que aceitem a separação, o processo de autonomia do filho, ajudando-o no dia a dia a integrar a informação e a experiência necessárias para aceder à vida adulta. Ora, sabe-se que nem todos os pais têm a mesma facilidade em realizar estas tarefas adaptativas, todas elas de alguma forma associadas às questões da sexualidade do filho adolescente. Em especial alguns pais terão mesmo uma dificuldade acrescida em lidar com as questões mais relacionadas com a sexualidade. Que tipo de processos psicológicos tem influência nesta diferença das atitudes e comportamentos dos pais, é uma questão para a qual pretendemos encontrar algumas respostas.

Os adolescentes portadores de Deficiência Mental, segundo Sigman (1987), vivenciam as mesmas mudanças biológicas e os mesmos impulsos sexuais que os adolescentes normais. No entanto, as questões relativas à autonomia, à independência e à sexualidade colocam-se de uma forma mais complexa devido à sua deficiência mental. Face a estas mudanças ocorridas no comportamento dos seus filhos com D.M., os pais, duma maneira geral, reagem negativamente. Atitudes de repressão, de dessexualização, de negação, de inquietação são frequentes, de acordo com os dados duma revisão efectuada por McCabe, (1993). Na verdade, ao contrário dos outros, estes pais continuam a reforçar a dependência, a obediência e o comportamento infantil dos seus filhos

adolescentes, em vez de os ajudarem a desenvolver a sua autonomia e responsabilidade pessoais, assim como a adquirir conhecimentos e competências a nível afectivo -sexual (Zetlin, Turner & Winik, 1986). Mesmo com uma capacidade cognitiva limitada, estes adolescentes têm consciência do seu estatuto excepcional e das restrições de que são alvo, o que pode provocar sentimentos de frustração, de revolta e de incompreensão, expressos muitas vezes através de problemas de ordem emocional ou comportamental (Zetlin & Turner, 1985). A que se deve a ausência de respostas adaptativas dos pais às mudanças desenvolvimentais dos filhos adolescentes portadores de deficiência mental ? A que se deve a negação, o não reconhecimento ou o impedimento, por parte destes pais, dos investimentos autonomizantes ou afectivo-sexuais dos filhos ?

O progressivo empenhamento do pai no processo educativo dos filhos, não obsta a que desde o nascimento e, sobretudo, na adolescência, a mãe tenha em relação a este um papel privilegiado, reconhecido inclusivé pelo próprio marido, na abordagem das questões sexuais com os filhos adolescentes (Pereira, 1993). Este papel privilegiado da mãe deriva da natureza da sua relação com o filho adolescente, caracterizada, segundo Menezes (1990) pelo seu envolvimento com o quotidiano dos adolescentes, em que assume não só o papel de autoridade, agindo como disciplinadora, mas também o de conselheira, confidente dos filhos que partilham com ela as suas experiências. Este papel de confidente e conselheira da mãe é confirmado pelos resultados de um inquérito realizado pelo Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (I.E.D. , 1987), junto de jovens entre os 15 e os 24 anos, em que esta aparece como a 2ª pessoa a quem o adolescente recorre (os amigos aparecem em 1º lugar) para falar dos seus problemas. Esta relação de proximidade serve (Menezes, 1990 : p. 73) "de mediação na relação com o pai ", já que não se verifica na relação mãe-filho o mesmo distanciamento que a adolescência produz na relação pai-filho. Note-se que há também um reequacionamento da relação mãe-filho à luz das mudanças ocorridas sem, contudo, implicar uma diminuição da vinculação. No caso dos adolescentes com deficiência mental esta ligação é considerada por certas perspectivas ainda maior. Com efeito, o nascimento de um filho com D.M. desencadeia na mãe processos libidinais específicos, reacções psicológicas inconscientes, que a levam a assumir, no plano fantasmagórico, esse filho como um objecto que lhe é dado para cuidar fora do alcance do marido (Mannoni, 1978). É neste sentido que Echavidre, citado por Domenico, (1996), tem realçado

a atitude de negação, por parte das mães, de que os seus filhos sejam capazes de assumir uma vida afectivo-sexual autónoma ou de abandonar a família para viver numa residência.

Este protagonismo da mãe no processo educativo do adolescente confirma a pertinência da sua escolha como objecto deste estudo, uma vez que uma das principais motivações que está na base da sua realização é conhecer o modo como as mães vêem a sexualidade dos adolescentes, no momento em que desempenham a tarefa da educação de um filho adolescente. Esperamos que os dados obtidos neste estudo contribuam para aumentar o sucesso da intervenção psicológica junto da mãe como um dos agentes educativos mais determinante na promoção do desenvolvimento psicossocial do adolescente.

A inexistência de estudos anteriores relativos às representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes, levou-nos a dar especial atenção a dois estudos (Giami, 1984 ; 1987, e Vauris, 1992) , que embora respeitantes às representações dos pais (quer do pai e quer da mãe, no seu conjunto) sobre a sexualidade do seu filho adolescente (quer do sexo feminino, quer do sexo masculino), nos pareceram poder contribuir numa forma válida para o esclarecimento e reflexão sobre o nosso objecto de estudo. Contudo, principalmente no domínio da deficiência mental, admitimos que, devido aos dados expostos a propósito do processo de luto do filho imaginário, normal, e aos atrás referidos, possam existir certas diferenças entre as representações dos pais e as das mães sobre a sexualidade dos adolescentes.

Tenham configurações iguais ou diferentes, relembremos que as representações são uma construção de elementos cognitivos de que o sujeito não tem claramente consciência, mas que têm o poder de estruturar (de uma forma subjacente) as suas intenções, assim como os seus actos (Lang, 1992). Num dos estudos já mencionados, Giami(1984) demonstrou que as representações que os pais elaboram da vida afectivo-sexual dos seus filhos adolescentes estão na base e justificam as práticas educativas que assumem em relação às manifestações desta. Para estes, lembrando o que já referimos no primeiro capítulo, o filho com deficiência mental representa, muitas vezes inconscientemente, a « criança ideal » (Mannoni, 1964) , a criança eterna que viverá sempre sob a sua dependência, podendo afirmar-se, com Freud que "os pais não lhe atribuem nenhuma actividade sexual", atribuindo-lhes, por outro lado, uma afectividade transbordante para com eles e para com os colegas. . No entanto, apesar do carácter dessexualizado desta representação, os pais exercem vigilância e

controlo em relação ao aparecimento de qualquer forma de expressão sexual por parte do filho e exigem aos técnicos responsáveis por ele, que façam o mesmo, atribuindo aos outros a «sexualização» dos filhos. Ainda neste âmbito, pareceram-nos particularmente interessantes os resultados dum trabalho desenvolvido por Vauris (1992) junto de pais (pai e mãe) de jovens com D.M. frequentando um Centro de Actividades Ocupacionais. Questionados sobre o que pensavam em relação à vida sexual dos seus filhos, estes pais referiram-se à existência duma grande necessidade de ternura, que se sobrepunha a todas as outras, assim como ao pouco interesse pelo sexo por parte dos seus filhos (Síndromes de Down). Ao serem confrontados com a existência de contactos físicos entre jovens com D.M. , os pais consideraram que estes raramente levavam à ocorrência de relações sexuais (coito). O conteúdo dessexualizado ou de infantilismo sexual destas representações dos pais que têm filhos adolescentes com D.M. poderá repercutir-se nas atitudes e práticas educativas destes em relação à vida sexual dos filhos, por exemplo, não considerando necessário qualquer tipo de educação sexual, ou julgando mesmo que a educação sexual poderá ser perigosa. Mais ainda, devido a estas representações qualquer tipo de manifestação sexual observada nos filhos pode ser considerada como inadequada, pelo que deve ser contrariada, reprimida, eliminada (De Quero & Saez , 1993).

Os rapazes desde sempre iniciaram mais cedo e apresentaram maior actividade sexual, em todas as idades, do que as raparigas (Lerner & Spanier, 1980) . Numa pesquisa efectuada com adolescentes entre os 13 e os 19 anos de idade, Juhasz e Sonnenshein-Schneider (1987) constataram que enquanto os rapazes se mostravam mais orientados para a gratificação do impulso sexual, as raparigas valorizavam mais os aspectos relacionais e as questões da intimidade do comportamento sexual. Roche e Rambsey (1993) confirmaram que os rapazes esperam ter comportamentos sexuais mais íntimos em fases precoces do relacionamento, enquanto as raparigas associam a intimidade a compromisso, adiando os comportamentos mais íntimos para as fases posteriores do relacionamento. Estes dados sugerem-nos uma natureza sexual masculina com uma dimensão mais instrumental e com pouco investimento afectivo, que se aproxima, de certo modo, do conteúdo das representações sobre sexualidade dos adolescentes do sexo masculino com deficiência mental apresentadas por McCarthy (cit in Giami, 1996). Esta autora detectou diferenças nas representações correspondentes a cada um dos sexos: às pessoas do sexo feminino era atribuída uma representação de Anjo, uma vez que seriam

submetidas a uma sexualidade imposta do exterior pelo sexo masculino, enquanto que às pessoas com D.M. do sexo masculino era atribuída uma representação de Fera/Monstro devido à dificuldade por eles manifestada em controlar as suas pulsões sexuais, assim como à ausência de afecto no seu comportamento sexual, afecto esse tão desejado pelo sexo feminino. Esta representação da sexualidade masculina, com uma dimensão primitiva e descontrolada, determinaria e justificaria a sua repressão (Morgenstern, 1979; Craft, 1985; Katz, 1985; Judez, 1990), assim como o medo encontrado numa parte considerável da população em relação à sexualidade das pessoas com D.M. do sexo masculino e, principalmente, a rejeição da possibilidade de relações sexuais destes com pessoas "normais". No limite, esta representação criaria obstáculos à aceitação e integração social do adolescente com D.M., uma vez que, subjacente a esta, estaria uma necessidade de monitorização regular da sua sexualidade (Giami, 1987). Como superar tais obstáculos? A resposta é óbvia: só intervindo sobre os actores que estão na origem ou mantêm esta situação. A mãe, pelo que expusemos anteriormente, tem um papel fundamental na educação sexual do filho, a qual é, por sua vez, determinada pelas representações que esta constrói sobre essa sexualidade, tendo ao mesmo tempo, na nossa opinião, uma influência determinante no desenvolvimento das capacidades de regulação e autonomização da vida sexual do filho e, por conseguinte, na sua aceitação e integração social.

Estas considerações tornam a mãe num dos alvos mais importantes de qualquer intervenção que vise melhorar a qualidade da sua influência, quer no âmbito específico da educação sexual, quer no âmbito do desenvolvimento psicológico global da pessoa com deficiência mental. Não é demais sublinhar que, desde o nascimento, o tipo de comportamento e de práticas educativas que esta tem em relação ao filho influencia positiva ou negativamente as suas manifestações sexuais e por conseguinte o seu desenvolvimento psicosexual. As representações que a mãe constrói sobre a sexualidade do filho, determina e legitima o tipo e práticas educativas que ela tem para com eles. Daqui resulta que a promoção do desenvolvimento psicosexual da pessoa com deficiência mental e particularmente da capacidade de auto-regulação da sua vida sexual passa pela mudança do comportamento e das práticas educativas da mãe e estas pela do conteúdo das representações que as sustentam.

Neste contexto, evidencia-se o interesse em conhecer e caracterizar as representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes, nomeadamente

sobre os portadores de deficiência mental. Este conhecimento preenche, em si mesmo, uma importante lacuna da literatura sobre a sexualidade dos deficientes mentais e sobre o desenvolvimento dos adolescentes em geral. Fornecerá, também, linhas orientadoras para uma melhor intervenção no processo de educação sexual do adolescente, uma vez que as representações que determinam, como vimos, as atitudes e comportamentos das mães relativamente às manifestações afectivo-sexuais dos adolescentes e permitem compreender o seu sentido. Assim, o objectivo geral do estudo é examinar as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental (de nível moderado) e sem D.M. . Trata-se de examinar as representações sobre os comportamentos sexuais e de identificar padrões de representações gerais das entrevistadas à cerca da sexualidade dos adolescentes. Estes padrões gerais reflectem-se numa espécie de "classificação" das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes. Esta "classificação" tem por base quer as representações sobre os comportamentos específicos, sua adequação ou inadequação, quer as explicações das entrevistadas à cerca das manifestações da sexualidade dos adolescentes. Mais, pretendemos com este estudo esclarecer a influência que tem a condição de ser mãe de um filho adolescente com determinado tipo de características (com ou sem deficiência mental) nas representações que estas elaboram sobre a sexualidade dos adolescentes com essa mesma característica (normais ou com deficiência mental), ou seja, as representações das entrevistadas com filhos adolescentes com deficiência mental sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental e das entrevistadas com filhos adolescentes sem D.M. sobre a sexualidade dos adolescentes sem D.M. distinguem-se das representações das entrevistadas que se pronunciam sobre a sexualidade dos adolescentes com quem têm menor experiência pessoal? Por exemplo, diferenciam-se quanto ao reconhecimento da necessidade de autonomização dos adolescentes?

Um conjunto de objectivos mais específicos fornecerão informações complementares e, simultaneamente, permitirão um esclarecimento mais aprofundado sobre estas questões.

Assim, em primeiro lugar, procuramos identificar os principais aspectos da representação das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes através duma entrevista semi-estruturada e respectiva análise de conteúdo.

O segundo objectivo do estudo é caracterizar as representações das entrevistadas sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes. Por exemplo,

procurar conhecer a variedade e quantidade de comportamentos sexuais que as entrevistadas referem acerca dos adolescentes, os comportamentos sexuais dos adolescentes considerados pelas entrevistadas como presentes ou ausentes e como adequados e inadequados.

O terceiro objectivo consiste em identificar configurações ou padrões de representação sobre a sexualidade dos adolescentes, com base na classificação das entrevistadas quanto à adequação/inadequação dos comportamentos referidos, bem como às explicações por elas aduzidas para os diversos comportamentos (presentes, ausentes, adequados, inadequados) sexuais dos adolescentes.

O quarto objectivo refere-se à adequação / inadequação dos comportamentos, procurando detectar em que comportamentos sexuais as entrevistadas em geral divergem daquilo que é considerado na literatura como comportamento sexual adequado/inadequado na adolescência (que designámos como classificação em função do critério da investigadora).

O quinto objectivo do estudo consiste em analisar eventuais diferenças entre grupos de entrevistadas quanto à sua representação sobre a sexualidade dos adolescentes: mães(M) e não-mães (N-M); mães com filhos com deficiência mental (FD) e mães com filhos normais(FN), o que permite examinar, no primeiro caso, a influência de ser mãe ou não (diferente grau de proximidade física e psíquica) e no segundo, a influência de ter um filho adolescente com deficiência, nas eventuais diferenças entre as representações sobre a sexualidade dos adolescentes construídas por estes grupos de entrevistadas.

O sexto objectivo consiste em analisar as diferenças entre as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental e dos adolescentes normais (D/N), o que permite conhecer a influência que tem a característica do adolescente representado ser portador de deficiência mental ou ser normal, nas eventuais diferenças entre as representações sobre a sexualidade destes dois tipos de adolescentes construídas pelas entrevistadas.

O sétimo objectivo procura detectar especificidades nas representações de quatro subgrupos de entrevistadas: as entrevistadas com um filho adolescente com deficiência mental que responderam à entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental (FDD); as entrevistadas com um filho adolescente com deficiência mental que responderam à entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes normais (FDN); as entrevistadas com um filho adolescente normal que responderam à entrevista sobre a sexualidade dos

adolescentes normais (FNN); as entrevistadas com um filho adolescente normal que responderam à entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental (FND). A comparação entre FNN e FDD é a que mais directamente fornece informação sobre um dos objectivos do estudo: conhecer a influência de ter um filho adolescente com determinado tipo de características (com e sem deficiência mental) nas representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes com a mesma característica (com deficiência mental ou normais).

A comparação entre os subgrupos FNN e FDN permitirá detectar eventuais diferenças entre as representações sobre a sexualidade dos adolescentes normais, elaboradas pelas entrevistadas com um filho adolescente normal e as elaboradas pelas entrevistadas com um filho adolescente com deficiência mental.

A comparação entre os subgrupos FDD e FND evidenciará potenciais diferenças entre as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M., elaboradas pelas entrevistadas com um filho adolescente com D.M. e as elaboradas pelas entrevistadas com um filho adolescente normal. Assim, estas duas últimas comparações contribuirão para avaliar os efeitos de ter um filho normal ou com D.M. nas representações sobre a sexualidade dos adolescentes (quer dos adolescentes normais, quer dos adolescentes com D.M.). Trata-se de uma análise mais pormenorizada e aprofundada da comparação entre as representações das mães com as das não-mães (atrás referida).

A comparação entre os subgrupos FNN e FND permite-nos o conhecimento das diferenças entre as representações sobre a sexualidade dos adolescentes normais e as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental elaboradas pelas entrevistadas com um filho adolescente normal. Como é que as mães com um filho normal representam a sexualidade dos jovens normais e a dos jovens com D.M.? Essas representações são comparáveis?

Finalmente, a comparação entre os subgrupos FDD e FDN dá-nos a possibilidade de detectar diferenças entre as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental e as representações sobre a sexualidade dos adolescentes normais elaboradas pelas entrevistadas com um filho adolescente com deficiência mental.

Como é que as mães com um filho com D.M. representam a sexualidade dos jovens com D.M. e a dos normais? Como se comparam essas representações?

Trata-se de um estudo mais aprofundado sobre a influência de ter um filho adolescente normal ou com D.M., nas representações sobre a sexualidade dos jovens (com e sem D.M.).

Em resumo, estas comparações permitirão sugerir hipóteses relativas à influência conjunta e independente, de (a) variáveis do indivíduo que representa, tais como ter um filho com deficiência mental e (b) variáveis do objecto representado, tais como ser um adolescente com deficiência mental.

2. METODOLOGIA

2.1 Orientações Gerais

Este estudo pretende conhecer e caracterizar as representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes, particularmente das mães com filhos adolescentes com deficiência mental. Esta pretensão determinou a procura duma metodologia que permitisse não a confirmação ou a infirmação de teorias prévias que explicam a perspectiva das mães sobre a sexualidade dos adolescentes, mas sim o conhecimento, através do seu próprio discurso, do modo como vêem, perspectivam e explicam a sexualidade dos adolescentes.

A utilização do discurso das mães como fonte e processo para conhecer as representações que estas constroem sobre a sexualidade do adolescente, implicou a opção por uma metodologia qualitativa. Com efeito, só esta metodologia permitia dar primazia à experiência subjectiva das mães como fonte de conhecimento, estudar o fenómeno - representações da sexualidade dos adolescentes - a partir dos seus marcos de referência e conhecer a forma como elas experienciam e interpretam a sexualidade dos adolescentes.

O instrumento escolhido para a recolha dos dados foi uma entrevista semi-estruturada construída para o efeito.

Começámos por delinear as principais temáticas e objectivos da entrevista. Ensaíamos o método. Com base nos resultados, elaborámos um guião definitivo. A análise dos dados realizou-se em etapas em que os resultados da primeira informaram os subsequentes. À frente, apresentamos de forma detalhada os procedimentos e técnicas utilizadas.

A flexibilidade proporcionada por este tipo de metodologia no planeamento e prossecução da investigação constituiu uma condição essencial para o nosso estudo empírico, uma vez que a ausência de estudos descritivos sobre as

representações das mães àcerca da sexualidade dos adolescentes com e sem D.M. , não nos permitiu a formulação prévia de hipóteses. Assim, por um lado, as hipóteses elaboradas com base em investigações realizadas com outras amostras ou com outra metodologia pareceram-nos inadequadas à situação que se pretendia investigar ; por outro a dedução de hipóteses com base em algumas evidências limitadas, pareceu-nos, para além de arbitrário, poder ter a desvantagem de condicionar a orientação do nosso pensamento num único sentido, levando-o a deixar escapar manifestações significativas.

O facto de pouco se saber sobre o fenómeno que desejávamos investigar e a necessidade decorrente de descrevê-lo primeiro para depois o poder conhecer melhor, reforçou a pertinência da opção pela abordagem qualitativa. Na verdade, citando Lemos (1990, p.405) «a compreensão de fenómenos ainda não suficientemente descritos e caracterizados, beneficia de uma abordagem múltipla, de vários ângulos de análise, no sentido da identificação de um conjunto de manifestações significativas que permitem a construção de quadros completos da sua estrutura e funcionamento» que são, no caso da presente pesquisa, as representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes.

A elaboração metodológica é uma dimensão fundamental desta investigação. A metodologia foi sendo progressivamente desenvolvida. Uma vez que não partiu de hipóteses nem de teorias prévias ou de grades conceptuais pré-determinadas de leitura da realidade, mas sim do discurso das mães, implicou a adequação progressiva do plano e do processo de análise às manifestações dessa realidade. A necessidade de respeitar o discurso destas sem o descontextualizar e fragmentar, assim como a formulação de hipóteses de interpretações baseadas nessa mesma realidade, levou à utilização da técnica da análise indutiva.

Recorremos frequentemente à análise comparativa para melhor descrever e esclarecer as representações sobre a sexualidade.

2.2 Os Participantes

Utilizámos o método de amostragem intencional (Lincoln & Guba, 1985), assim designado por estes autores para realçar a sua estreita e fundamental relação com a intenção e os objectivos da investigação.

A escolha deste tipo de amostragem prende-se com a natureza deste estudo não pretender fazer generalizações, mas sim detalhar especificidades que possibilitem o conhecimento e a compreensão da configuração das representações sobre a sexualidade dos adolescentes, bem como elaborar hipóteses sobre alguns aspectos do processo de construção de tais representações. Neste sentido, a amostragem intencional é essencial uma vez que inclui o máximo de informação possível. Além disso, este tipo de amostragem apresenta características que têm para a presente investigação as vantagens de :

- Não exigir um número pré-determinado de sujeitos para a sua constituição, uma vez que o critério da quantidade de sujeitos a seleccionar é a «redundância» (Lincoln & Guba, 1985) da informação e não o grau de confiança estatística;

- Possibilitar a selecção de outras sub-amostras (mães com filhos adolescentes normais) depois da constituição da primeira sub-amostra (mães com filhos adolescentes com deficiência mental), o que permite uma análise comparativa.

Escolhido o método de amostragem, definiram-se como critérios para a selecção das entrevistadas o serem mães com um filho adolescente, do sexo masculino, portador de deficiência mental de nível moderado, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos (data de referência 31 de Março de 1998), frequentando escolas de ensino especial ou escolas de ensino básico do 2º e 3º ciclos, do distrito do Porto, em regime de integração, ou com um filho adolescente normal, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, frequentando as mesmas escolas do 2º e 3º ciclos do ensino básico em que se encontram integrados os adolescentes com deficiência mental.

O processo de constituição da amostra compreendeu várias etapas. A primeira consistiu no contacto com Escolas de Ensino Básico do 2º e 3º ciclos do distrito do Porto, com o objectivo de obter informações respeitantes à identificação dos adolescentes normais e com deficiência mental de nível moderado e das suas mães.

A segunda etapa constou primeiramente dum contacto pessoal com os responsáveis das várias equipas de coordenação dos apoios educativos do distrito do Porto, que nos puseram em contacto com os professores de apoio aos alunos com N.E.E. de cada uma das escolas da sua área de coordenação. Verificámos que a maior parte dos alunos integrados no ensino regular não possuíam uma avaliação do seu nível intelectual, o que exigiu a construção de um

instrumento de avaliação. Neste sentido, fizemos uma adaptação de uma versão reduzida da Escala de Comportamento Adaptativo de Grossman. Na escolha desta escala, considerou-se não apenas a facilidade e rapidez da sua utilização, como também o facto de permitir detectar o nível de funcionamento adaptativo característico da deficiência mental moderada. Esta informação pode ser corroborada pela história clínica e escolar, constituindo assim um meio fiável de avaliação do grau de deficiência.

Para sistematizar a recolha de dados essenciais à constituição da amostra, elaborámos uma Ficha de Recolha de Dados - Selecção da Amostra (Anexo 1). Esta ficha é composta por 2 partes: a primeira por itens referentes à identificação do aluno, a segunda por itens referentes aos seus dados familiares.

Seguidamente enviámos aos professores de apoio que se mostraram disponíveis para colaborar nos documentos e nos instrumentos necessários à constituição da amostra*.

Concomitantemente com este processo de recolha de dados nas escolas do ensino básico do 2º e 3º ciclos com regime de integração, decorreu um outro idêntico nas Escolas de Ensino Especial.

Após contactos com as Direcções de várias escolas de ensino especial do distrito do Porto - delegação da Trofa, de Matosinhos, do Porto e de Vila Nova de Gaia da APPACDM, MAPADI, MADI e do Centro de Segurança Social do Porto - Centro Latino Coelho, Condessa de Lobão e Areosa (anexo 3), a maioria disponibilizou-se a colaborar no estudo, remetendo-nos de imediato para o psicólogo da respectiva escola que forneceu as informações necessárias.

A partir das Fichas de Recolha de Dados devolvidas, identificámos os jovens que correspondiam aos critérios previamente definidos e, com base nos seus dados familiares, realizámos a selecção de 16 mães, com as seguintes características:

- Idade compreendida entre os 35 e os 50 anos;
- O 4º ano (antiga 4ª classe) como habilitação literária mínima;

* A fotocópia do ofício da DREN concedendo autorização à escola para colaborar na investigação, a "Ficha de Recolha de Dados - Selecção da Amostra", considerações sobre o preenchimento da mesma e a Escala Ilustrativa do Funcionamento Adaptativo esperado, segundo a idade cronológica e o nível de Deficiência Mental e ainda uma carta reforçando a necessidade e a importância da colaboração do professor, aproveitando para solicitar e agradecer o rápido preenchimento das fichas.

- Casadas;
- Sem outro filho com idades entre os 13 e os 20 anos.

Seleccionadas as mães, enviámos-lhes uma carta em que eram explicados os objectivos do estudo e as condições em que se iria processar, assim como a importância da sua colaboração, acompanhada de uma declaração da faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto que confirmava que nos encontrávamos a frequentar o mestrado.

Constituída a amostra das mães com filhos com deficiência mental, iniciou-se o processo de constituição da amostra das mães com filhos adolescentes normais. Tal como na primeira amostra, definiu-se que só seriam seleccionadas mães com filhos adolescentes, do sexo masculino, com idade compreendida entre os 14 e os 17 anos (data de referência 31 de Março de 1998), com aproveitamento escolar regular e não portador de qualquer tipo de deficiência.

O procedimento e as etapas utilizadas na constituição desta segunda amostra foram sensivelmente os mesmos dos utilizados na selecção da primeira.

Os dados necessários à identificação dos jovens que preenchiam os critérios atrás mencionados foram recolhidos com a colaboração de psicólogos e professores, quer nas mesmas escolas de ensino regular do 2º e 3º ciclos que já tinham colaborado na constituição da primeira amostra, quer noutras do mesmo nível de ensino destas, que se situavam na proximidade geográfica das escolas de ensino especial que tinham colaborado na primeira amostra.

Identificados os alunos, enviou-se a Ficha de Recolha de Dados-Seleção da Amostra, conjuntamente com uma carta destinada às mães, à semelhança do procedimento já descrito para as mães com filhos com deficiência mental.

A ficha "Recolha de Dados-Seleção da Amostra" destinada às mães com filhos adolescentes normais é idêntica à utilizada para a selecção das mães com filhos adolescentes com deficiência mental, à excepção dos itens respeitantes ao nível de deficiência mental. Recolhidos os dados, seleccionaram-se as mães que correspondiam às características da amostra das mães com filhos adolescentes com D.M. , excepto na última.

Identificadas as mães dispostas a participar na entrevista, foram contactadas telefonicamente, repetindo-se o procedimento usado na constituição da primeira amostra. Deste contacto resultou uma amostra composta por 16 mães.

2.3 CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O tipo de instrumento de recolha de dados mais adequado para responder às questões levantadas nesta investigação é a entrevista semi-estruturada.

Esta opção resultou das seguintes vantagens que este "instrumento humano" (Lincoln & Guba, 1985) proporcionava à nossa investigação:

- Ser adaptável à abordagem de conteúdos emergentes não anteriormente previstos;
- Possibilitar um enfoque holístico;
- Possibilitar o processamento da informação no exacto momento em que esta emerge, permitindo a imediata formulação de hipóteses, assim como a sua verificação;
- Possibilitar a clarificação e a síntese dos dados no momento em que estes surgem, fornecendo esse "feed-back" ao sujeito no sentido deste o clarificar, o confirmar ou completar;
- Possibilitar a exploração de respostas atípicas, permitindo não só testar a sua validade, como também melhorar a sua compreensão.

A entrevista, semi- estruturada, foi elaborada para responder aos objectivos específicos da investigação, funcionando as questões que a constituem como estímulos à emergência do discurso das entrevistadas sobre o modo como vêem e interpretam a sexualidade dos adolescentes com e sem D.M. .

A estrutura da entrevista assentou num conjunto de questões abertas e fechadas referentes aos comportamentos sexuais dos adolescentes com e sem deficiência mental de nível moderado e às suas causas.

Na ordenação das questões, as que se supunha terem em potencial um efeito bloqueador ou inibidor na entrevistada foram deixadas para final da entrevista, para que, no momento da sua abordagem, se tivesse já desenvolvido uma relação de segurança, de conforto e de confiança que facilitasse a resposta. As questões com conteúdo semelhante foram, dentro do possível, mantidas próximas, de modo a evitar a dispersão. Contudo, não havia uma ordenação rígida previamente definida. As questões abertas procuram recolher o discurso espontâneo das entrevistadas, permitindo explorar e aprofundar, a partir daí, o que pensam sobre a sexualidade dos adolescentes. As perguntas de resposta fechada (listagens) propõem à entrevistada um certo número de respostas

possíveis que têm sido valorizadas pela literatura. Concretamente, após a resposta espontânea a algumas perguntas abertas, ou na ausência das mesmas, pede-se à entrevistada que escolha progressivamente - em 1º, em 2º, em 3º e em último lugar - de uma listagem de 4 respostas enunciadas pela entrevistadora, a que corresponde melhor à sua opinião. Apesar de pouco numerosas, pretende-se que este tipo de questões esclareça o posicionamento da entrevistada face a determinadas manifestações da sexualidade dos adolescentes.

Foram feitas várias versões do guião da entrevista com o objectivo de ensaiar o método e de aperfeiçoar o instrumento potencializando-o para os objectivos do estudo.

A relevância e a capacidade estimuladora destas questões foi analisada no decurso de um estudo prévio junto de 6 mães de adolescentes com D.M. de nível moderado com características próximas das mães da amostra definitiva. Todas estas entrevistas, realizadas individualmente, foram gravadas e transcritas integralmente. Para além do potencial estimulador de cada uma das questões na emergência do discurso das mães em relação aos objectivos pré-estabelecidos sobre a problemática da sexualidade dos adolescentes, este primeiro estudo pretendeu avaliar igualmente a clareza e a adequação da sua formulação à capacidade de compreensão das entrevistadas.

Desta análise, resultou não só a eliminação de algumas questões que se mostraram ambíguas ou pouco estimuladoras, como também a redifinição de algumas estratégias utilizadas durante as entrevistas. A duração média da entrevista é de cerca de 50 minutos, variando entre os 40 e os 60 minutos.

A partir dos resultados desta avaliação prévia do instrumento, procedemos à construção da versão final da entrevista, cujos objectivos específicos e estratégias (Quadro 1, em anexo) passamos sucintamente a descrever.

O primeiro objectivo da entrevista consiste em motivar a entrevistada, utilizando-se para tal, como estratégia, a apresentação do objectivo do estudo, a necessidade de colaboração da entrevistada, a garantia de confidencialidade e, apenas no caso das entrevistadas com um filho adolescente normal que respondem à entrevista sobre os adolescentes com deficiência mental de nível moderado, a leitura de uma vinheta ilustrativa do funcionamento destes em vários aspectos da sua vida quotidiana. Após esta fase inicial da entrevista, entra-se na abordagem dos conteúdos de natureza sexual, começando por dois objectivos, em que se procura conhecer se na perspectiva das entrevistadas os adolescentes com deficiência mental ou normais: primeiro, têm ou não interesse sexual,

segundo, como manifestam esse interesse, através de que formas manifestam esse interesse sexual. Seguidamente exploram-se as razões da perspectiva da entrevistada. As estratégias utilizadas em relação a este objectivo são: incentivar a entrevistada a responder espontaneamente, reformular a resposta, se a houver. Quer tenha havido ou não resposta espontânea, recorre-se a uma listagem constituída, neste caso, por três respostas alternativas possíveis. A aplicação da listagem quer aqui, quer ao longo da entrevista, obedece ao seguinte procedimento: cada resposta alternativa possível é enunciada pausadamente pela entrevistadora que aguarda que a entrevistada a escolha ou a rejeite. Se no final da aplicação da listagem, a entrevistada tiver escolhido mais que uma das respostas alternativas, é-lhe pedido que, de entre essas respostas escolhidas, refira a que para si é mais importante.

Um outro objectivo consiste em conhecer a perspectiva das entrevistadas sobre o comportamento sexual em geral dos adolescentes, com deficiência mental ou normais. As estratégias utilizadas são: formular uma questão aberta sobre o assunto; encorajar a resposta espontânea; se esta não ocorrer, contornar a sua inexistência com uma justificação securizante para a entrevistada e avançar para questões mais específicas relativas a comportamentos sexuais concretos. Estas últimas são sempre colocadas, mesmo às entrevistadas que tenham respondido espontaneamente à questão geral. Nesse caso, podem não se fazer directamente as perguntas cuja elucidação já tenha ocorrido através de questão aberta.

Quanto aos comportamentos sexuais concretos, procura-se saber se as entrevistadas pensam que os adolescentes com deficiência mental ou normais: 1) se masturbam ou não, se o fazem em público ou não; 2) gostam ou não de mostrar os seus órgãos sexuais; 3) procuram ou não observar, espreitar os comportamentos sexuais dos outros; 4) têm ou não actividades sexuais com o mesmo sexo; 5) têm ou não comportamentos de coacção sexual; 6) têm ou não dificuldade em controlar os seus impulsos sexuais; 7) são ou não vulneráveis ao abuso sexual; 8) namoram ou não; 9) trocam ou não carícias atrevidas em público.

Independentemente do carácter afirmativo ou negativo da resposta relativa a cada um dos comportamentos anteriormente enumerados, exploram-se sempre as explicações das entrevistadas acerca deles. No caso específico das relações sexuais, quer a entrevistada tenha ou não apresentado explicações espontâneas para a sua ocorrência, reformulam-se estas, se as houver, e recorre-

se a uma listagem. Por último, termina-se sempre com o objectivo que procura conhecer se na perspectiva das entrevistadas o comportamento em questão é ou não próprio dos adolescentes a que se refere a entrevista.

Um outro objectivo da entrevista procura conhecer o que pensam as entrevistadas sobre a ocorrência de determinadas formas de manifestação afectivo-sexual. O recurso a uma listagem é a estratégia utilizada para obter o ordenamento crescente das diferentes formas de manifestação afectivo-sexuais.

Com o fim de cumprir estes objectivos e estratégias foram elaborados dois guiões: Guião da entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental de nível moderado (Anexo 2.1) e o Guião da entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes normais (Anexo 2.2), que foram utilizados para a realização das respectivas entrevistas.

As entrevistas decorreram entre Maio e Outubro de 1998, foram realizadas individualmente num espaço privado cedido pelas escolas, por duas Psicólogas : 27 pela responsável pela investigação e 5 por outra Psicóloga. Apesar das duas terem experiência profissional no uso desta técnica, treinaram-se previamente através do recurso ao "role-play", no uso do respectivo guião.

Os princípios técnicos orientadores utilizados na realização da entrevista foram os seguintes: criar um clima confortável e facilitador da interacção entre a entrevistada e a entrevistadora; ouvir activa e atentamente a entrevistada; explorar e clarificar as suas respostas; evitar interromper o curso do seu pensamento, deixando para colocar depois as questões necessárias para precisar, especificar, esclarecer ou aprofundar algo que foi dito; tolerar o silêncio e dar à entrevistada o tempo suficiente para pensar; evitar induzir a resposta da entrevistada através do modo (entoação, semântica, sintaxe) como se coloca a questão; evitar bloqueios por parte da entrevistada através duma atitude de encorajamento e interesse pelo que ela diz; manter a entrevistada focalizada no tema da entrevista, remetendo-a para o mesmo sempre que dele se afastar; evitar impor à entrevistada a subordinação rígida à ordenação definida no guião , possibilitando-lhe quer a abordagem de aspectos não previstos, mas que de algum modo se relacionam com o objectivo principal da entrevista, quer a antecipação na abordagem espontânea de outros tópicos que estavam previstos para outra fase do guião.

Às entrevistadas com um filho adolescente normal que respondeu ao guião relativo à sexualidade dos adolescentes com D.M. de nível moderado, foi previamente lida uma vinheta (Anexo 2.1.1) em que eram caracterizados os

adolescentes com D.M. , com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, no que se refere aos aspectos gerais de funcionamento social, escolar, de comunicação, de autonomia pessoal, da actividade doméstica e económica. Esta vinheta foi concebido com base no perfil dos resultados obtidos na aplicação individual da Escala de Comportamento Adaptativo de Grossman (1983) a 10 jovens com D.M. de nível moderado, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos. Com a sua leitura, pretendeu-se oferecer uma ilustração das capacidades típicas dos adolescentes com D.M. de nível moderado em vários aspectos da vida quotidiana, que fornecesse às entrevistadas que não têm proximidade relacional nem profissional com eles, uma referência para as suas respostas, assim como uniformizar quer nestas entrevistadas, quer nas outras com filhos com D.M. de nível moderado as características deste grupo. O uso da vinheta é o único aspecto que diferencia, em termos de procedimento, a aplicação dos dois guiões correspondentes à realização de cada uma das entrevistas.

Capítulo 5 - ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Os dados recolhidos através da entrevista foram tratados pela técnica de análise de conteúdo. Durante esta análise procedeu-se, como se descreverá a seguir, à identificação, à delimitação, à diferenciação e à sistematização da informação transmitida pelas entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes (com e sem deficiência mental), processo que culminou na elaboração de diferentes sistemas de categorização. Estes sistemas foram posteriormente aplicados à análise dos dados.

1. Análise de conteúdo das entrevistas

Após a transcrição integral das entrevistas, ocorreu um período de preparação e organização, em que se procurou sistematizar as ideias iniciais de maneira a desenvolver um conjunto de orientações a seguir durante o processo da análise. Os objectivos inicialmente formulados foram o ponto de partida para explicitar as direcções da análise.

A análise dos dados foi feita sobre o protocolo integral da entrevista. As informações nele contidas foram analisadas em duas fases, resultando de cada uma delas diferentes sistemas de categorização. Assim, na primeira fase, constituiu-se o sistema de categorização dos comportamentos sexuais por tipos e subtipos, o sistema de categorização dos comportamentos sexuais por presença/ausência e o sistema de categorização dos comportamentos sexuais, por nível de adequação. Este último, que define os comportamentos como adequados ou inadequados, é, na realidade, composto por dois sistemas: num, é o sistema de categorização dos comportamentos sexuais segundo o critério da entrevistadora com base na literatura; no outro, o critério é das próprias entrevistadas. Numa segunda fase, constituiu-se o quarto e quinto sistemas de categorização que analisam, respectivamente, as explicações das entrevistadas acerca da intensidade da sexualidade dos adolescentes (4º sistema) e acerca da origem dos seus comportamentos sexuais (5º sistema).

Recapitulando, constituíram-se 5 sistemas de categorização:

1º - O sistema de classificação dos comportamentos sexuais em diferentes tipos e subtipos;

2º - O sistema de classificação dos comportamentos sexuais em presentes e ausentes;

3º - O sistema de classificação dos comportamentos sexuais em adequados/inadequados (critério da investigadora e da entrevistada);

4º - O sistema de classificação das explicações das entrevistadas à cerca da intensidade da sexualidade dos adolescentes;

5º - O sistema de classificação das explicações das entrevistadas à cerca da origem da sexualidade dos adolescentes.

Dentro de cada sistema, as categorias são mutuamente exclusivas. Contudo, um mesmo indicador pode ser categorizado simultaneamente em mais do que um sistema .

Para identificar a informação a reter, codificá-la e categorizá-la, usou-se uma estratégia de análise de conteúdo "mista" (entre uma estratégia indutiva e a dedutiva), uma vez que não dispúnhamos dum sistema de categorias completamente definidas *a priori* . A articulação da informação teórica com os resultados da análise indutiva levou a refinamentos e precisões na definição das categorias.

2. O Processo de análise

O "corpus" da análise é constituído por todos os protocolos da entrevista produzida expressamente para o nosso estudo. Este facto garantiu *a priori* o respeito, na sua constituição (do "corpus"), das regras de exaustividade, de representatividade, de homogeneidade e de pertinência.

2.1 A definição das unidades de análise : unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração

A unidade de registo foi definida como uma unidade básica de significado. É um determinado segmento do discurso - palavra, expressão, frase - com significado ; no nosso caso, um elemento do discurso em que é feita referência à sexualidade, informando sobre o que a entrevistada pensa ou sente sobre este fenómeno na adolescência. O significado é-lhe atribuído no contexto do discurso em que se insere.

A unidade de contexto foi definida como o protocolo da entrevista.* A unidade de

* As características da entrevista realizada, semi-estruturada e orientada por objectivos, apontavam para que a unidade de contexto fosse constituída por todo o protocolo da entrevista.

enumeração teve sempre por base a unidade de registo que constituiu também um indicador de frequência.

2.2 O processo de categorização

A primeira fase de análise começou por definir como conteúdo relevante todos os indicadores de manifestações observáveis e internas, isto é, comportamentais ou cognitivas-afectivas da sexualidade.

Os vários processos de categorização, a que foi submetido o conteúdo das entrevistas em cada uma das duas fases de análise, consistiram essencialmente em três operações: a) Identificação ; b) Diferenciação; c) Reagrupamento das unidades de análise (indicadores).

3. Sistemas de categorização dos comportamentos sexuais por tipo e subtipo e por presença/ausência

Em primeiro lugar, procedeu-se à definição de categorias (tipos e subtipos) de comportamentos sexuais. Para tal, escolheu-se para centro provisório de cada categoria um dos diferentes tipos de comportamentos, previamente sistematizados com base na literatura, tendo-lhe sido afectados todos os registos que lhe eram correspondentes.

Na verdade, sendo a categorização das representações das entrevistadas sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes com e sem deficiência mental o objectivo principal deste estudo, a entrevista foi planeada com a intenção de estimular o discurso das entrevistadas nesse sentido. Trata-se, por este facto, duma entrevista semi-directiva orientada por objectivos, em que foram formuladas questões, quer sobre as manifestações sexuais mais gerais, quer sobre determinado tipo de comportamentos sexuais concretos. Daí que a informação contida no protocolo da entrevista se refira não só a esses comportamentos pré-determinados como também a comportamentos novos não previstos.

Constituíram-se novas categorias relativas a indicadores que não estavam incluídos na definição conceptual e operacional das anteriores e que diziam respeito aos seguintes comportamentos emergentes: conhecimento sexual, comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo, fantasias sexuais, sedução, luta pela autonomia, auto-afirmação e prostituição. Na formulação

destas novas categorias recorreu-se ao " método de comparação constante " (Glaser & Strauss, 1967).

O processo de constituição de todas as novas categorias neste e nos restantes sistemas de categorização foi realizado em 50% dos protocolos das entrevistas seleccionadas do seguinte modo: após se terem separado todos os protocolos das entrevistas sobre os adolescentes com deficiência mental, retiraram-se ao acaso 8 entrevistas correspondentes a 25% do total da amostra. Seguidamente repetiu-se o mesmo procedimento em relação às entrevistas sobre os adolescentes normais (8 entrevistas correspondentes a 25% do total da amostra). Desta primeira fase de categorização resultou um grande número de categorias relevantes que seguidamente foram testadas através da análise de conteúdo sistemático no total da amostra. Estas categorias foram refinadas em sucessivas codificações dos dados, utilizando-se, para o efeito, o método proposto por Pool, referido por Lemos (1993), que consiste:

- . na escolha de um centro provisório para cada categoria;
- . na agregação das unidades de análise ao centro provisório mais próximo, construindo-se, assim, uma primeira partição;
- . na definição de novos centros provisórios com base nas classes obtidas pela primeira partição, isto é, afectando-se, de novo, unidades de análise aos centros, o que leva a nova partição, etc. O processo termina necessariamente, embora a partição obtida dependa da escolha inicial do centro.

Esta análise das respostas individuais processou-se reagrupando respostas idênticas ou semelhantes ("método de comparação constante") deixando, num primeiro tempo, isoladas as respostas que se distinguem pela sua originalidade.

Finalmente, cada categoria foi definida conceptualmente através de termos-chave que indicavam a significação central do conceito que a categoria pretendia apreender e com a ajuda de respostas típicas*(1) constituídas por indicadores*(2) que descreviam o campo do conceito.

(1)* Não se trata de respostas artificiais definidoras de um quadro de cada categoria, mas sim de respostas autênticas, efectivamente enunciadas pelas entrevistadas, escolhidas pelo seu carácter especialmente representativo.

(2)* É a passagem dos indicadores aos conceitos que constitui o processo interpretativo, de atribuição do sentido. É fundamental controlar a validade deste processo cujos critérios definimos à frente.

Seguidamente, apresentamos uma definição sucinta das categorias e subcategorias que constituem este sistema de categorização:

1. Conhecimento Sexual: compreende os indicadores em que o adolescente é visto como sendo capaz de localizar e nomear diferenças anatómicas internas e externas entre os dois sexos, assim como de saber o que são e como se processam fenómenos tais como a menstruação, a erecção e a ejaculação, as relações sexuais, a reprodução, a gravidez, o parto, a contracepção ou as D.S.T.

2. Comportamentos Exploratórios de Natureza Sexual: compreende os indicadores de comportamentos em que o adolescente é visto como tendo interesse, curiosidade sexual; comparando e avaliando os aspectos sexuais do seu corpo com os dos pares do mesmo sexo; participando em jogos sexuais com o objectivo de descobrir e de explorar fisicamente o corpo dos outros, quer seja do mesmo sexo, quer seja do sexo oposto.

Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias:

2.1 Manifestações de interesse sexual: abrange os indicadores em que o adolescente é visto como apresentando gestos, palavras, movimentos, posturas, expressões corporais e acções denunciadoras do seu interesse (investimento energético interno) pelos aspectos relacionados com a sexualidade. Estas manifestações de interesse sexual podem assumir como forma de expressão: prestar atenção às cenas relacionadas com o sexo na TV; prestar atenção a conversas sobre a sexualidade, fazer perguntas, conversar, fazer comentários sobre assuntos relacionados com o sexo; procurar activamente filmes eróticos, vídeos, revistas, livros; procurar observar/espreitar as pessoas envolvidas em actividades sexuais para saber como é.

2.2 Jogos sexuais com o sexo oposto: refere-se aos indicadores em que o adolescente é visto como tendo brincadeiras sexuais com uma pessoa do sexo oposto, com o objectivo de descobrir, explorar fisicamente o corpo desta. As formas de expressão que estas brincadeiras assumem vão desde o comportamento de fazer cócegas até o apalpar as zonas mais íntimas do corpo.

2.3 Jogos sexuais com jovens do mesmo sexo: incluem-se os indicadores em que o adolescente é visto a participar em experimentações sexuais com outro jovem do mesmo sexo.

2.4 Comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo: corresponde a indicadores em que o adolescente é visto a mostrar os seus órgãos sexuais e ou o seu corpo nú, assim como a ver os dos seus pares do mesmo sexo, com o objectivo de estabelecer comparações.

3. Comportamentos auto-eróticos: abrange os indicadores em que o adolescente é visto a descobrir novas sensações eróticas do seu corpo, encontrando aí uma fonte de prazer e satisfação das suas pulsões/necessidades sexuais. Esta categoria abrange as seguintes subcategorias:

3.1 Masturbação: abrange todos os indicadores em que o adolescente é visto a acariciar, a estimular os seus órgãos genitais com o objectivo de provocar excitação e de obter prazer sexual.

3.2 Fantasias sexuais: refere-se a todos os indicadores em que o adolescente é representado como elaborando uma interacção imaginária, de conteúdo afectivo e ou sexual com outrém, funcionando esta fantasia só ou como parte de um outro comportamento sexual.

4. Comportamentos de conquista de autonomia: inclui os indicadores de comportamentos em que o adolescente é visto a lutar pela diferenciação, pela separação e independência emocional dos pais, assumindo a procura de espaços e de momentos de privacidade física e psicológica para a realização dos seus comportamentos sexuais, assim como as manifestações de desagrado pela sua invasão, uma das suas formas de expressão mais importantes.

5. Comportamentos de auto-afirmação: incluem-se todos os indicadores em que o adolescente é representado como desejando manter ou aumentar o poder ou a importância em relação aos outros, do mesmo sexo ou do sexo oposto, usando para tal acções ou palavras que evidenciem atributos ou características próprias (sexuais ou comportamentais).

6. Comportamentos amorosos: inclui os indicadores de comportamentos em que o adolescente é representado numa interacção com outrém que pode envolver diferentes graus de investimento emocional e de intimidade amorosa, assim como de duração temporal, e que assume formas de expressão que vão dos comportamentos de sedução ao namoro. Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias:

6.1 Comportamentos de sedução: abrange os indicadores de comportamentos em que o adolescente é visto a cuidar e a valorizar a sua aparência física (imagem corporal), assim como a olhar de determinada maneira, a elogiar, a fazer gestos de cortesia e a procurar a proximidade física, a fazer

favores, a atrair a atenção, a oferecer presentes com o objectivo de tentar convencer a pessoa (objecto de sedução) de que o sedutor é a pessoa ideal de quem ela deve gostar.

6.2 Namoro: incluem-se indicadores de acções em que é imaginado um relacionamento amoroso concreto entre dois jovens, cuja duração, intensidade de envolvimento amoroso e ou sexual são variáveis.

7. Comportamentos sócio-sexuais: corresponde aos indicadores de comportamentos em que o adolescente é representado a ter interacções sexuais com outrém, que podem envolver diferentes graus de intimidade (física e psicológica), que assumem formas de expressão que vão dos beijos e abraços (comportamentos sexualizados) até ao coito hetero ou homossexual. Esta categoria abrange as seguintes subcategorias:

7.1 Comportamentos sexualizados: refere-se aos indicadores em que dois adolescentes de sexo oposto são representados a ter comportamentos denunciadores, expressando um certo envolvimento afectivo romântico, cujo contacto físico se restringe ao beijar-se, meter o braço, dar as mãos, trocar carícias leves, trocar olhares, abraçar-se...

7.2 Agarração: abrange todos os indicadores em que dois adolescentes, de sexo oposto, são vistos a ter interacções eróticas ousadas em público, isto é, a acariciarem-se, a roçarem-se mutuamente em zonas do corpo consideradas mais íntimas: mamas, zona genital.

7.3 Relações sexuais: compreende os indicadores em que dois adolescentes de sexo oposto são representados a ter relações sexuais, isto é, a copular.

7.4 Comportamentos homossexuais: abrange os indicadores em que o adolescente é visto ter trocas sexuais, sentimentos amorosos, fantasias, atracção pelo mesmo sexo e a definir-se a si próprio / auto definir-se como homossexual.

8. Comportamentos de defesa perante as intenções de abuso: incluem-se todos os indicadores em que o adolescente é representado como capaz de perceber, recusar e resistir à tentativa de manipulação, indução por outrém da sua vontade sexual.

9. Controlo dos impulsos sexuais: incluem-se todos os indicadores em que o adolescente é representado com a capacidade de resistir e adiar a satisfação dos seus impulsos sexuais, sem recurso à orientação e supervisão exterior, para espaços e momentos socialmente convencionados como adequados para a sua realização.

10. Comportamentos sexuais desviantes: inclui os indicadores em que o adolescente é representado a ter comportamentos sexuais que são indesejados e condenados pelas normas que regulam a actividade sexual na sociedade ocidental, devido aos danos físicos e psicológicos que provocam. Esta categoria é constituída pelas seguintes subcategorias:

10.1 Coacção sexual: incluem-se todos os indicadores em que o adolescente é representado como podendo obrigar/forçar os outros jovens, quer do sexo femonino, quer do masculino, a fazer as suas vontades sexuais.

10.2 Prostituição: inclui os indicadores em que o adolescente é imaginado a ter actividades sexuais com um adulto desconhecido, a troco de recompensas materiais

Cada tipo e subtipo de comportamento sexual foi também cotado como presente ou ausente (2º sistema), uma vez que as entrevistadas, para além de se referirem às manifestações sexuais presentes, também indicavam a ausência de certas manifestações.

4. Sistema de categorização dos comportamentos sexuais por nível de adequação

4.1 Critério de adequação da investigadora

O sistema de categorização dos comportamentos sexuais por nível de adequação inclui duas categorias, classificando os comportamentos como adequados ou inadequados.

O comportamento sexual do ser humano tem sido regulado, na nossa sociedade, por normas morais, legais, pelos costumes tradições e crenças, pelos papéis sociais e, actualment, em larga escala, pelos *mass media*. Esta regulação tem-se convertido, como afirma Sanchez (1993), numa forma indirecta, em critérios que indicam aos seus membros, conforme a sua idade, o que é correcto ou incorrecto, bom ou mau, legal ou ilegal, adequado ou inadequado, aceitável ou recusável. Se bem que estes critérios nos possam servir de referência para compreender as numerosas pressões sociais a que as pessoas estão sujeitas para se comportarem sexualmente conforme certos modelos, o facto de diferentes observadores poderem ser mais ou menos sensíveis, mais ou menos afectados por essas normas, fazem com que esses critérios tenham um valor prático relativo.

Procurar critérios que permitissem distinguir, classificar os comportamentos sexuais em adequados e inadequados tornou-se uma tarefa necessária, se bem que complexa e morosa, devido às dificuldades de delimitação entre as duas categorias tanto em relação aos adolescentes normais como aos adolescentes com deficiência mental. Estas dificuldades relacionam-se com as características da própria adolescência que é um período de transição normal em que ocorrem inúmeras mudanças desenvolvimentais, em que tudo tem um carácter muito provisório. Nesta fase, há uma grande experimentação sexual, consentida até certo ponto, pela própria sociedade, para que o jovem se prepare para os investimentos adultos. Estas características tornam mais difícil a aplicação de qualquer tipo de critério moral e legal ou então o recurso a critérios de manuais de diagnóstico como, por exemplo, a DSM - IV (1996) para os comportamentos sexuais inadequados ou inaceitáveis. Também as características da própria pulsão sexual que não tem um destino pré-determinado, isto é, apenas o coito heterossexual cons fins procriativos, o que implica que os adolescentes possam viver e expressar a sexualidade de formas muito diferentes. Esta variabilidade sexual inter-individual permite formas de organização de vida sexual muito diferentes que podem ser, todas elas, perfeitamente gratificantes (Sanchez, 1993). O facto de um determinado comportamento sexual ocorrer entre uma minoria de pessoas, como por exemplo os comportamentos homossexuais, não o torna um comportamento inadequado. Em sentido estrito, o critério estatístico não é um critério de inadequação.

Para além das dificuldades anteriores, verificámos ainda, no caso dos adolescentes com deficiência mental, que não existe consenso na literatura sobre os comportamentos sexuais que devem ser considerados inadequados (Bermejo & Verdugo, 1993).

Optámos, assim, por classificar como inadequados apenas os comportamentos referidos inequivocamente como tal pela literatura (cf. Comportamentos Sexuais Desviantes, capítulo 3). É consensualmente considerado inadequado todo o comportamento sexual, quer do adolescente normal, quer do adolescente com D.M., que envolva na sua realização a presença ou a participação não consentida de outra pessoa. São exemplos desta categoria de comportamentos: a coacção sexual; apalpar, tocar, acariciar alguém sem o seu consentimento; abraçar, beijar duma forma impulsiva outra pessoa sem que esta tenha manifestado vontade que tal aconteça. São igualmente considerados, por autores como Bermejo e Verdugo (1993), comportamentos sexuais inadequados:

a prostituição, pelos danos físicos, emocionais e sociais que causam no adolescente; as interações de natureza sexual com um parceiro consanguíneo (pai ou irmão); a masturbação em público; o exibicionismo (comportamento de auto-afirmação inadequado) pelo atentado ao pudor que provoca e o voyeurismo (manifestações de interesse sexual inadequado) pela violação da privacidade.

Os critérios para definir adequação/inadequação são, portanto, o contexto (privado ou público), o grau de parentesco (familiar ou não consanguíneo), o consentimento do parceiro (participação voluntária ou não), o respeito pela privacidade dos outros.

O comportamento sexual adequado compreende todos os indicadores que não se incluem na categoria "inadequados".

4.2 Critério de adequação das entrevistadas.

Foi elaborada uma classificação dos comportamentos sexuais como adequados ou inadequados, agora segundo o critério das entrevistadas. A inadequação do comportamento foi definida com base no critério das entrevistadas, que incluía aspectos tais como:

- valores: "É bem possível que aconteçam essas coisas (sexuais) entre os rapazes..., mas o que é normal, o que é correcto é acontecer entre os rapazes e as raparigas " (entrev. 24); "Está errado, parecem-se com os animais, nem se resguardam quando fazem isso (relações sexuais)..." (entrev. 5); "Fazem o que o corpo pede (relações sexuais), não lhes interessa que isso esteja errado." (entrev. 8).

- preconceitos: "Não se deve aceitar uma coisa dessas (possibilidade de actividades sexuais entre adolescentes do mesmo sexo)..." (entrev. 24);

- sentimentos: "Sinto-me chocada com a facilidade com que têm relações sexuais ..." (entrev. 31); " É um escândalo (agarrção) que a gente até se sente ofendida (entrev. 20) ;

- opiniões: "Não lhes fica nada bem tanto assanhamento." (entrev. 26).

Para além dos comportamentos considerados inadequados pela investigadora, algumas entrevistadas consideraram também como comportamentos sexuais inadequados: os jogos sexuais com o mesmo sexo, o namoro, a troca de carícias sexuais atrevidas em público, as relações sexuais e os comportamentos homossexuais.

Apesar de, teoricamente, ser possível às entrevistadas considerarem os comportamentos sexuais dos adolescentes como inadequados para a sua idade, quer por serem infantis, imberbes, escassos, quer por serem exagerados, muito semelhantes aos dos adultos, demasiado ousados, impróprios e, portanto, não correspondendo ao esperado para o seu grupo etário de referência, a verdade é que as entrevistadas só consideraram a última hipótese.

5. Sistemas de categorização das explicações sobre a sexualidade dos adolescentes

A categorização das explicações apresentadas pelas entrevistadas para justificar os comportamentos sexuais dos adolescentes processou-se através do recurso a uma estratégia de análise de conteúdo totalmente indutiva.

Definiu-se como conteúdo relevante qualquer indicador de explicação apresentado pela entrevistada, quer espontaneamente, quer através do posicionamento manifestado face a algumas respostas com explicações fechadas, tipificadas (listagens), para justificar a ocorrência ou não de qualquer comportamento sexual.

5.1 Sistema de categorização das explicações acerca da sexualidade do adolescente por nível de intensidade

Durante a fase de pré-análise, emergiu da leitura dos protocolos das entrevistas a hipótese de que, nas explicações apresentadas acerca da sexualidade dos adolescentes, as entrevistadas referiam variações na intensidade das manifestações sexuais dos adolescentes que se situavam entre uma forma de expressão sexual infantil, deficitária e uma excessiva, descontrolada e desmesurada em relação à idade. A partir desta hipótese definiu-se a direcção da análise que levou à constituição de um sistema de categorização da sexualidade do adolescente por nível de intensidade, composto por 3 categorias: hipossexualizada, normativa e hipersexualizada.

Cada uma das 3 categorias foi definida conceptualmente:

- Hipossexualizada: É constituída por todos os indicadores em que os comportamentos sexuais dos adolescentes são considerados pelas entrevistadas como reveladores de pouco investimento e/ou interesse sexual.

- Normativa: Corresponde a todos os indicadores em que os comportamentos sexuais dos adolescentes são considerados pelas entrevistadas como normais, próprios, isto é, característicos da maioria dos adolescentes da sua idade.

- Hipersexualizada: Corresponde a todos os indicadores em que os comportamentos sexuais dos adolescentes são vistos pelas entrevistadas como desmesurados, descontrolados, exagerados, ultrapassando o que consideram socialmente próprio e correcto para a sua idade.

5.2 Sistema de categorização das explicações acerca da origem da sexualidade dos adolescentes

Com a finalidade de conhecer as explicações que, na perspectiva das entrevistadas, determinam as características da sexualidade dos adolescentes, realizou-se um novo processo de análise de que resultou a elaboração de um novo sistema de classificação das explicações das entrevistadas.

Neste novo processo de análise, começou-se por definir como conteúdo relevante qualquer indicador da origem, causas, determinantes, na perspectiva das entrevistadas, das características sexuais dos adolescentes. Recorreu-se, de seguida, aos procedimentos utilizados nos anteriores sistemas de categorização para a constituição das categorias, o que levou à criação de um novo sistema de categorização das explicações sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes em função da origem dos seus determinantes, composto por duas categorias: Intrínsecas e Extrínsecas.

- Explicações Intrínsecas: São constituídas por todos os indicadores em que as características sexuais dos adolescentes são explicadas pelas entrevistadas por razões internas, tais como características biológicas ou psicológicas, intrínsecas aos próprios adolescentes. Este tipo de explicações tende a acentuar o carácter adequado ou inadequado que as entrevistadas atribuem aos comportamentos sexuais dos adolescentes. Foram consideradas explicações intrínsecas as que apelam a:

- Factores de ordem biológica, tais como a maturidade bio-fisiológica, a idade, o instinto, o impulso e a necessidade sexual.

- Afectos e emoções tais como o desejo de experimentar novas sensações (eróticas); o desejo de afirmação pessoal e sexual; a procura de prazer, a excitação sexual, a atracção sexual; o desejo de agradar, o amor, o afecto.

- Traços de personalidade tais como o ser calmo, meigo, descarado, atrevido, desinibido, tímido, envergonhado, maldoso, malicioso, espetado, infantil/inocente, sobreconfiante, inseguro, indefeso (vulnerável ao abuso), impulsivo, reflexivo, desrespeitoso, irresponsável, desobediente, provocador, irreverente, com défice moral, irrepreensível, responsável, consciencioso.

- Inteligência: défice no desenvolvimento mental e competências percebidas da imagem sexual do seu corpo.

- Explicações Extrínsecas : Abrange todos os indicadores em que os comportamentos sexuais dos adolescentes são explicados por razões externas aos próprios adolescentes, isto é, provenientes de factores de ordem social e ambiental. Este tipo de explicações tende a atenuar ou suavizar o carácter adequado ou inadequado que as entrevistadas atribuem aos comportamentos sexuais dos adolescentes. Foram consideradas explicações extrínsecas as que se relacionam com factores de ordem ambiental e social como a influência dos pais (através do tipo de comportamento sexual, de atitudes, do tipo de práticas educativas autoritárias, permissivas ou democráticas), dos professores e de adultos significativos (através da informação sexual e do tipo de práticas educativas autoritárias, permissivas ou democráticas) de outros adultos (através do tipo de comportamento sexual e de atitudes de aliciamento ao abuso sexual), do convívio com os pares (através da informação sexual, do tipo de comportamento sexual e de atitudes de manipulação, de instigação, de atracção...), do convívio com o sexo oposto (através do tipo de comportamento sexual e de atitudes de sedução, instigação, atrevimento, provocação), dos media (através do tipo de informação, de atitudes e de comportamentos sexuais que transmitem), de espaços e ambientes instigadores (que estimulam a emergência de comportamentos sexuais) e da liberdade de valores, de costumes e de normas sexuais da sociedade actual.

Os procedimentos de constituição das categorias foram os mesmos para os vários sistemas de classificação.

Todos os indicadores foram classificados nos sistemas de categorização, tendo-se procedido, posteriormente, à sua codificação, indexação e inscrição numa matriz ou grade de cotação, a partir da qual foi possível realizar tratamentos posteriores dos dados (Anexo 3).

Para garantir o rigor e a fidelidade dos sistemas de categorização e dos dados obtidos, através da aplicação das diferentes grades de categorização, calculou-se a percentagem de acordo intra-observador. O acordo foi estabelecido

por recodificação sobre uma amostra de 25% (8) das entrevistas analisadas, seleccionadas aleatoriamente. Considerou-se que havia acordo entre a codificação e a recodificação quando os dados eram categorizados da mesma maneira, isto é, sempre que havia coincidência na classificação da categoria e subcategoria e no número de indicadores (unidade de registo) enumerados. Todos os outros casos foram considerados desacordos.

A percentagem de acordos foi calculada através da seguinte fórmula: $n \text{ de acordos} \times 100 / n \text{ de acordos} + n \text{ de desacordos}$ (Good & Brophy, 1978).

A percentagem de acordos obtida foi de 93,7% para todos os sistemas de categorização.

Capítulo 6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

I - OS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES

No presente capítulo, apresentam-se os resultados da análise quantitativa dos dados. Começaremos pelos dados relativos à caracterização dos comportamentos sexuais dos adolescentes, seguindo-se os que se referem à intensidade e às explicações das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes e, finalmente, a tipologia das representações globais das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes.

Em cada um destes pontos, começamos por descrever os procedimentos utilizados na análise quantitativa dos dados, para, em seguida, apresentar os seus resultados.

1. Análise quantitativa: procedimentos gerais

Apresentamos os diversos índices calculados e os procedimentos seguidos para a sua obtenção.

1.1 Tipos e subtipos de comportamentos

A quantificação dos diferentes tipos e subtipos de comportamentos foi feita com base na aplicação da grade de categorização dos tipos e subtipos de comportamentos sexuais, calculando-se as suas frequências e proporções.

1.2 Comportamentos presentes e ausentes e comportamentos adequados e inadequados

Numa primeira fase, procedemos à quantificação dos indicadores, em cada uma das categorias de comportamento. Recordamos que cada tipo de

comportamento é cotado como presente ou ausente e ainda como adequado ou inadequado, ou seja, para cada tipo de comportamento há quatro registos: o número de comportamentos presentes adequados (KPA), o número de comportamentos presentes inadequados (KPI), o número de comportamentos ausentes adequados (KAA) e o número de comportamentos ausentes inadequados (KAI).

No que se refere à classificação dos comportamentos como presentes ou ausentes, o critério da investigadora e o critério das entrevistadas são necessariamente iguais, uma vez que se trata de um dado objectivo e não de uma opinião; no que se refere à classificação dos comportamentos como adequados e inadequados, investigadora e entrevistadas podem classificar um determinado comportamento de forma diferente. Por exemplo, o comportamento: "o meu filho está apaixonado por mim, anda sempre atrás de mim vem, pousa as mãos e acaricia as minhas coxas" é classificado como inadequado pela investigadora e foi classificado como adequado por uma entrevistada. A investigadora classifica como inadequados apenas os comportamentos definidos com base na literatura atrás enunciados e as entrevistadas classificaram-nos de acordo com critérios pessoais. Para além de poderem considerar ou não como inadequados os comportamentos classificados como tal pela investigadora, algumas entrevistadas consideram também inadequados outros comportamentos. Assim, o número de comportamentos adequados e inadequados é calculado separadamente, de acordo com a classificação da investigadora e de acordo com a classificação das entrevistadas.

Deste modo, o total de comportamentos (TK) referidos numa dada entrevista é composto pelo somatório dos comportamentos presentes (KP) e ausentes (KA); os comportamentos presentes são o somatório dos comportamentos presentes adequados (KPA) e dos comportamentos presentes inadequados (KPI). Da mesma maneira, os comportamentos ausentes são o somatório dos comportamentos ausentes adequados (KAA) e dos comportamentos ausentes inadequados (KAI).

Os comportamentos adequados e inadequados (quer se refiram a comportamentos presentes ou ausentes ou ao seu conjunto) apresentam valores

diferentes conforme se trata da classificação atribuída pela investigadora ou da atribuída pelas entrevistadas.

Uma vez que as entrevistas têm tamanhos diferentes e esse factor pode fazer variar o número total de comportamentos referidos, em vez de se utilizar a frequência absoluta, usámos, sempre que se impunha, proporções: frequências relativas, razões ou percentagens. O denominador destas razões é variável, dependendo da questão de investigação que se procure esclarecer. Em cada caso será indicado o procedimento específico adoptado. Assim, por exemplo, sempre que se pretende comparar os comportamentos presentes das diferentes entrevistas, calcula-se a razão entre os comportamentos presentes e o total de comportamentos (KP/TK) para cada entrevista. Este índice é designado pKP (proporção de comportamentos presentes).

2. Os comportamentos sexuais dos adolescentes: resultados descritivos

A fim de permitir uma visão geral sobre os diferentes tipos e subtipos de comportamentos presentes e ausentes, adequados e inadequados, apresentamos, de seguida, alguns dados descritivos referentes aos comportamentos sexuais do adolescente, na totalidade da amostra. Salientamos aqui aqueles que merecem relevo, remetendo para anexo a apresentação mais exaustiva dos dados. Para esta análise descritiva, calculámos a média, a mediana, o valor mínimo e o máximo de cada tipo e subtipo de comportamento.

Em média, cada entrevistada refere cerca de 57 comportamentos sexuais. Destes, a maioria são comportamentos presentes e cerca de um quarto são comportamentos ausentes (Quadro 1).

Quadro 1- Comportamentos (%) presentes e ausentes

N	Valid Missing	Comportamentos Presentes	Comportamentos Ausentes
		32 0	32 0
Mean		76,6766	23,2291
Median		78,1373	21,3742
Minimum		42,31	7,58
Maximum		92,42	57,69

As entrevistadas consideram que a grande maioria dos comportamentos referidos são adequados (Quadro 2).

Quadro 2- Comparação entre a perspectiva do investigador e das entrevistadas quanto à percentagem de comportamentos adequados e inadequados

N	Valid Missing	Adequado Perspectiva do investigador	Adequado Perspectiva da entrevistada	Inadequado Perspectiva do investigador	Inadequado Perspectiva da entrevistada
		32 0	32 0	32 0	32 0
Mean		86,6162	78,7087	13,2796	21,2392
Median		87,1805	81,6527	12,4919	18,3473
Minimum		68,25	36,84	4,32	6,45
Maximum		95,68	93,55	31,75	63,16

Com base no critério da investigadora, há ainda menos comportamentos inadequados e mais comportamentos adequados.

2.1 Comportamentos Presentes

2.1.1 Comportamentos presentes adequados: saliência de cada tipo e subtipo

Trata-se primeiro de conhecer a saliência de cada comportamento presente no conjunto dos comportamentos presentes (que incluem os adequados e os inadequados). Estes dados informam sobre a expressão de cada tipo e subtipo de comportamentos presentes no conjunto do total dos comportamentos presentes, permitindo uma apreciação do seu peso no conjunto dos comportamentos presentes

referidos pelas entrevistadas. Seguidamente, examina-se quais de entre os comportamentos presentes adequados foram mais referidos pelas entrevistadas.

A Figura 1 apresenta as percentagens médias de cada um dos comportamentos segundo o critério das entrevistadas e o critério da investigadora, permitindo-nos verificar que os "comportamentos exploratórios de natureza sexual" (K2) apresentam, em ambos os casos, o valor mais elevado.

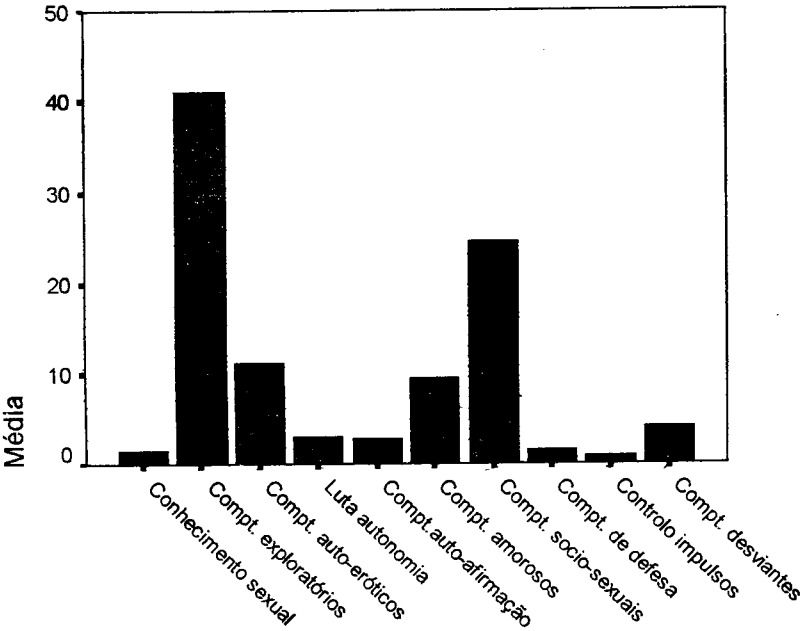


Figura 1- Tipos (%) de comportamento presente

Com base na média, mediana e frequência (Quadro 1.2, em anexo), verifica-se também que foram os mais referidos por todas as entrevistadas da amostra. Os "comportamentos sócio-sexuais" (K7) surgem a seguir, embora com um valor bastante mais baixo. É neste tipo de comportamento que a diferença entre o critério da investigadora e o das entrevistadas é mais nítida. Pode verificar-se que estes comportamentos foram referidos por todas as entrevistadas da amostra. Os "comportamentos auto-eróticos" (K3) aparecem em 3º lugar com um valor um pouco

distanciado dos anteriores, como se pode observar na Figura 1. Constata-se igualmente que foram referidos por todas as entrevistadas da amostra.

Em suma, os comportamentos mais referidos são, em primeiro lugar, os comportamentos exploratórios de natureza sexual, seguidos pelos comportamentos sócio-sexuais e pelos comportamentos sexuais solitários. Estes três tipos de comportamentos são consensualmente vistos como os comportamentos adequados mais frequentes.

Seguidamente, apresenta-se a proporção de cada tipo e subtipo de comportamentos presentes adequados relativamente ao conjunto dos comportamentos presentes adequados (por exemplo: comportamento presente adequado 1/conjunto de comportamentos presentes adequados). Este índice permite avaliar, de entre os vários comportamentos presentes adequados, quais os que são mais e menos referidos pelas entrevistadas.

Os "comportamentos exploratórios de natureza sexual" (K2) apresentam o valor mais elevado, quer segundo o critério das entrevistadas, como se pode observar na Figura 2.1, quer segundo o critério da investigadora (Figura 2.2).

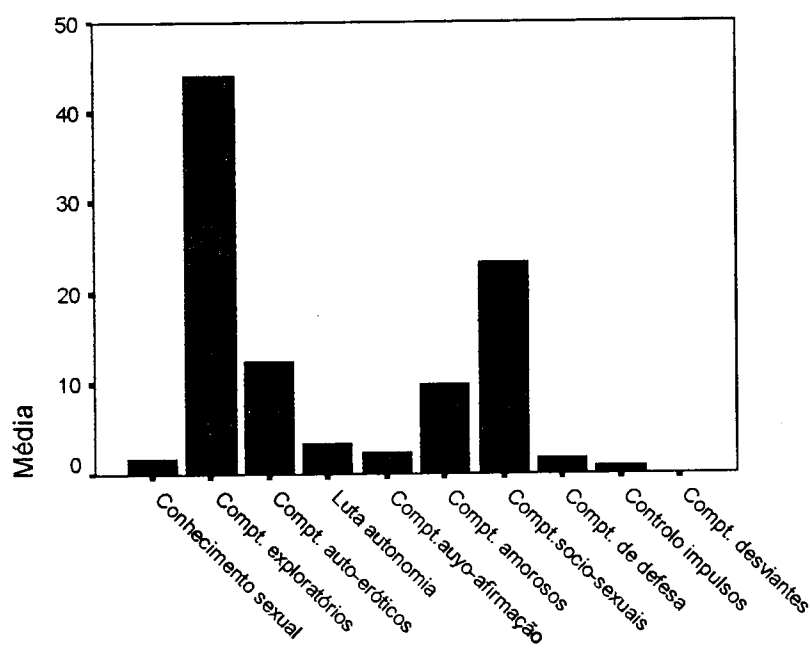


Figura 2.1- Tipos (%) de compto presnt adequados:entrevistadas

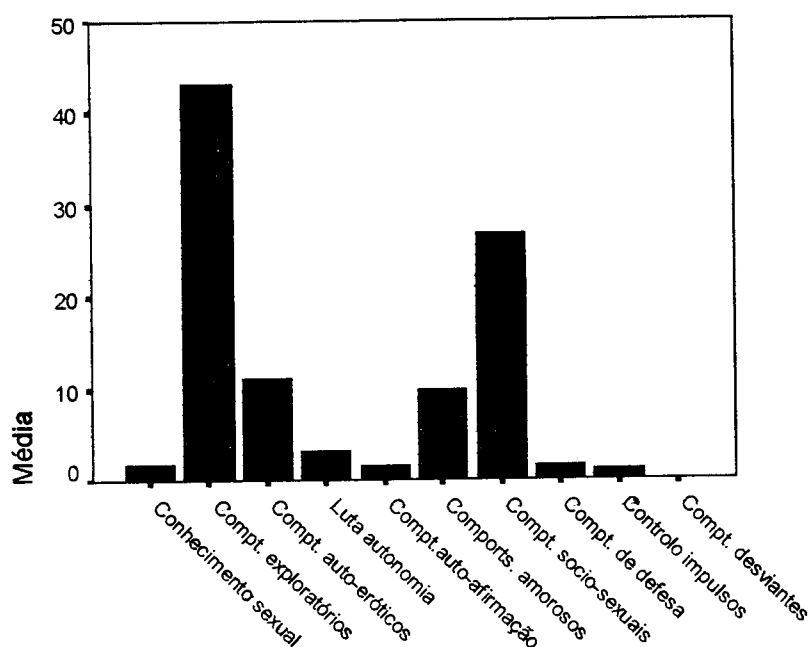


Figura 2.2- Tipos (%) de compto presnt adequado:investigador

Com base nos dados do Quadro 2.1, em anexo, constata-se também que foram os dados mais referidos por cada uma das entrevistadas. Os "comportamentos sócio-sexuais" (K7) surgem em segundo lugar, com um valor bastante mais baixo, mas ainda assim foram referidos por todas as entrevistadas (Quadro 2.1, em anexo).

De entre os restantes tipos de comportamentos presentes adequados, os "comportamentos de defesa perante as intenções de abuso sexual" (K8) e o "controlo dos impulsos sexuais " (K9), salientam-se por terem os valores mais baixos. Como se constata no Quadro 2.1, em anexo, estes comportamentos foram referidos, de uma forma dispersa, apenas por algumas entrevistadas.

Em síntese, quer no conjunto dos comportamentos presentes (que inclui os comportamentos adequados e inadequados), quer no conjunto dos comportamentos presentes adequados, destacam-se nos dois primeiros lugares os "comportamentos exploratórios de natureza sexual" e os "comportamentos sócio-sexuais".

Com o objectivo de conhecer melhor a estrutura interna de cada um dos tipos de comportamentos, avaliou-se também a importância de cada um dos diferentes subtipos de comportamentos.

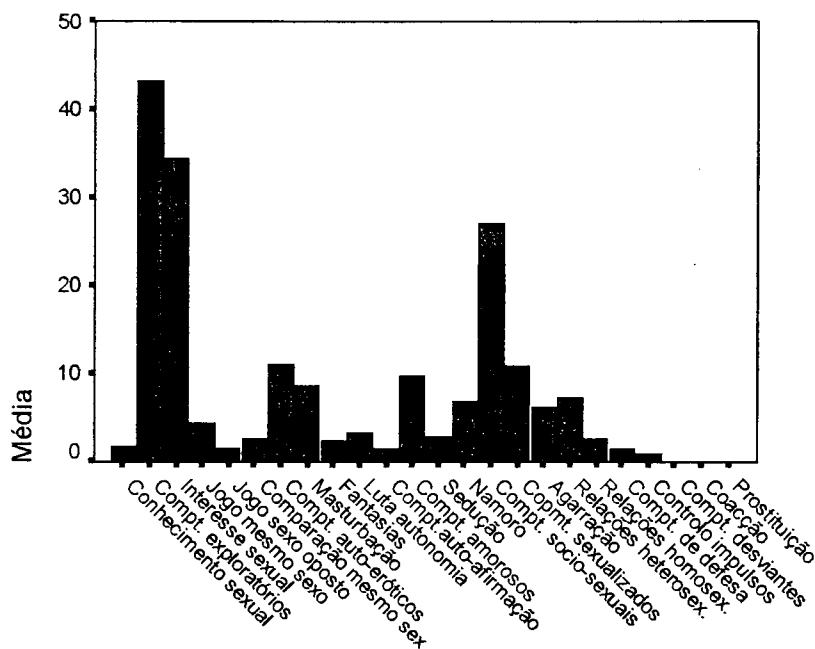


Figura3.2-Tipos e subtipos de compt presnt adeq (%):investigador

Começando pelos "comportamentos exploratórios de natureza sexual" (K2), verifica-se através da Figura 3.2 (critério da investigadora) e da Figura 3.1 (critério das entrevistadas) que "as manifestações de interesse sexual" (K2.1) se destacam largamente do subtipo "jogos sexuais com o sexo oposto" (K2.2) que lhe está mais próximo e, mais ainda, dos subtipos "comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" (K2.4) e "jogos sexuais com o mesmo sexo" (K2.3) que se lhe seguem.

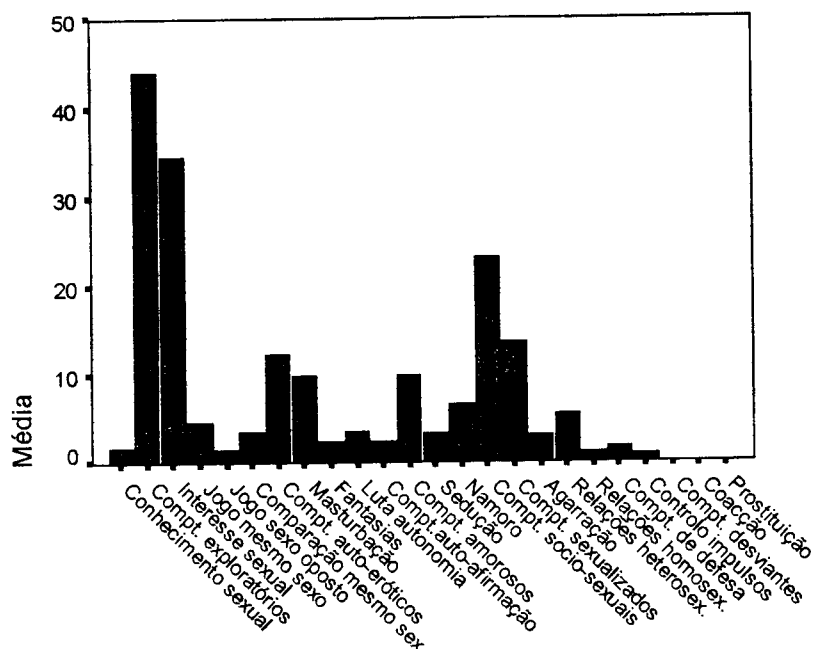


Figura3.1-Tipos e subtipos de compt presnt adeqs:entrevistadas

Os subtipos K2.1 e K2.2 foram referidos por todas as entrevistadas, o mesmo já não acontecendo relativamente aos outros dois subtipos que foram apenas referidos por algumas entrevistadas (Quadro 2.1, em anexo).

Quanto aos "comportamentos sócio-sexuais" (K7), o subtipo "comportamentos sexualizados" (K7.1) é, de entre os diferentes subtipos que o compõem, o que apresenta o valor mais elevado, como se pode observar nas Figuras 3.2 e 3.1. Todas as entrevistadas o referem (Quadro 2.1, em anexo). Quanto aos restantes subtipos, as "relações sexuais" (K7.3) aparecem em segundo lugar, seguidas da "agarrão - carícias atrevidas em público" (K7.2) e dos "comportamentos homossexuais" (K7.4) que apresentam o valor mais baixo de todos, sendo também, como se pode confirmar pelos dados do Quadro 2.1, em anexo, referidos apenas dispersamente por algumas entrevistadas.

Quanto aos "comportamentos auto-eróticos" (K3), é interessante verificar que o subtipo "masturbação" (K3.1) é o principal responsável pelo seu valor e que o subtipo "fantasia" (K3.2) tem uma expressão irrelevante no conjunto deste tipo de

comportamento. Note-se que o primeiro (K3.1) foi referido por todas as entrevistadas da amostra e o segundo (K3.2) apenas o foi por algumas (Quadro 2.1, em anexo).

Quanto aos "comportamentos amorosos" (K6), com apenas dois subtipos, verifica-se que o "namoro" (K6.2) apresenta o valor médio mais elevado e foi referido por todas as entrevistadas da amostra (Quadro 2.1, em anexo). Os "comportamentos de sedução" (K6.1) apresentam um valor mais baixo e apenas foram referidos por algumas entrevistadas.

Em síntese, as "manifestações de interesse sexual" constituem, no conjunto dos "comportamentos exploratórios de natureza sexual", o subtipo mais importante e a "comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" apresenta o valor mais baixo. De entre os "comportamentos sócio-sexuais", destacam-se os "comportamentos sexualizados", sendo os "comportamentos homossexuais" os menos referidos. Quanto aos "comportamentos auto-eróticos", a "masturbação" apresenta um valor médio nitidamente superior às "fantasias sexuais".

2.1.2 Comportamentos presentes inadequados: saliência de cada tipo e subtipo

Apresenta-se a proporção de cada tipo e subtipo de comportamentos presentes inadequados relativamente ao seu conjunto. Esta proporção foi calculada através de um procedimento equivalente ao utilizado para os comportamentos presentes adequados.

Cerca de metade dos comportamentos inadequados da investigadora e cerca de uma quarta parte das entrevistadas são da categoria "comportamentos desviantes", como se pode observar na Figura 4.

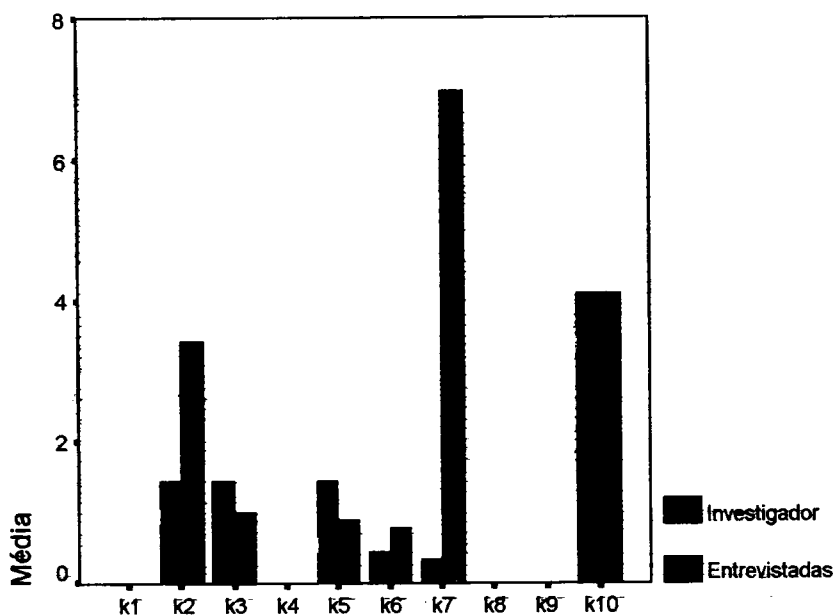
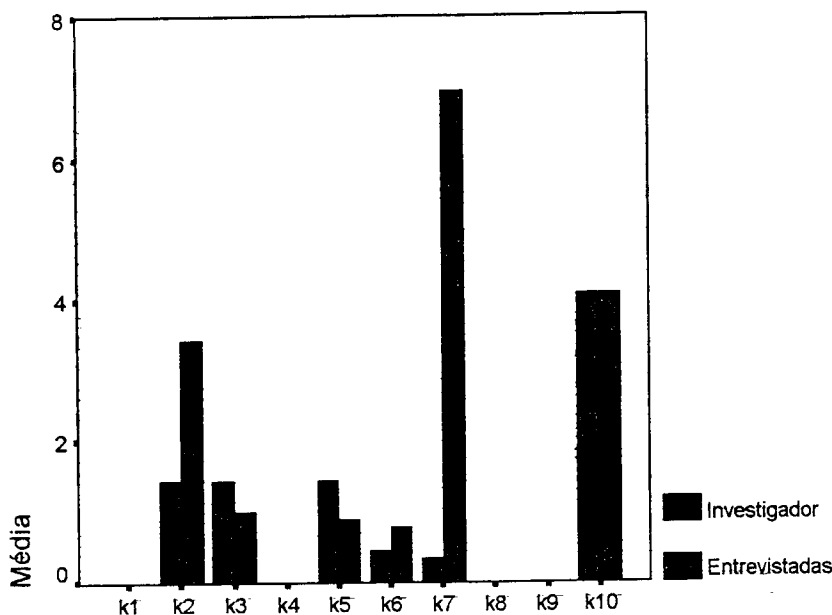


Figura 4- Comportamentos presentes inadequados

De entre os comportamentos presentes inadequados, os "comportamentos sexuais desviantes" (K10), segundo o critério da investigadora, e os "comportamentos sócio-sexuais" (K7), segundo o critério das entrevistadas, são os que apresentam os valores mais elevados. Contudo, verifica-se que nenhum destes dois tipos de comportamento inadequado foi referido por todas as entrevistadas (Quadro 3.1, em anexo).

Em segundo lugar surgem os "comportamentos de auto-afirmação" (K5), segundo o critério da investigadora e os "comportamentos sexuais desviantes" (K10), segundo o critério das entrevistadas. Qualquer um dos dois comportamentos foi referido apenas por parte das entrevistadas.

De entre os restantes tipos de comportamentos presentes inadequados, os "comportamentos amorosos" (K6) e os "comportamentos sócio-sexuais" (K7), segundo o critério da investigadora, e os "comportamentos auto-eróticos" (K3) e os "comportamentos amorosos" (K6), segundo o critério das entrevistadas, salientam-



A barra da direita representa as Entrevistadas

Figura 4- Comportamentos presentes inadequados

De entre os comportamentos presentes inadequados, os "comportamentos sexuais desviantes" (K10), segundo o critério da investigadora, e os "comportamentos sócio-sexuais" (K7), segundo o critério das entrevistadas, são os que apresentam os valores mais elevados. Contudo, verifica-se que nenhum destes dois tipos de comportamento inadequado foi referido por todas as entrevistadas (Quadro 3.1, em anexo).

Em segundo lugar surgem os "comportamentos de auto-afirmação" (K5), segundo o critério da investigadora e os "comportamentos sexuais desviantes" (K10), segundo o critério das entrevistadas. Qualquer um dos dois comportamentos foi referido apenas por parte das entrevistadas.

De entre os restantes tipos de comportamentos presentes inadequados, os "comportamentos amorosos" (K6) e os "comportamentos sócio-sexuais" (K7), segundo o critério da investigadora, e os "comportamentos auto-eróticos" (K3) e os "comportamentos amorosos" (K6), segundo o critério das entrevistadas, salientam-

se por terem os valores mais baixos, como se pode observar na Figura 4, sendo referidos apenas por algumas entrevistadas (Quadro 3.1, em anexo).

Em síntese, os "comportamentos sexuais desviantes", os "comportamentos sócio-sexuais" e os "comportamentos de auto-afirmação" são os tipos de comportamentos presentes inadequados que apresentam valores mais elevados. Os "comportamentos sócio-sexuais" são os que apresentam um resultado mais elevado, segundo o critério das entrevistadas e o valor mais baixo, segundo o critério da investigadora.

Com o objectivo de conhecer melhor a estrutura interna de cada um dos tipos de comportamentos, examinou-se também cada um dos diferentes subtipos de comportamentos.

Em relação aos "comportamentos sexuais desviantes" (K10) verifica-se (Figuras 5.2 e 5.1) que o subtipo "coacção sexual" (K10.1) apresenta uma percentagem média mais elevada que o outro subtipo, "prostituição" (K10.2).

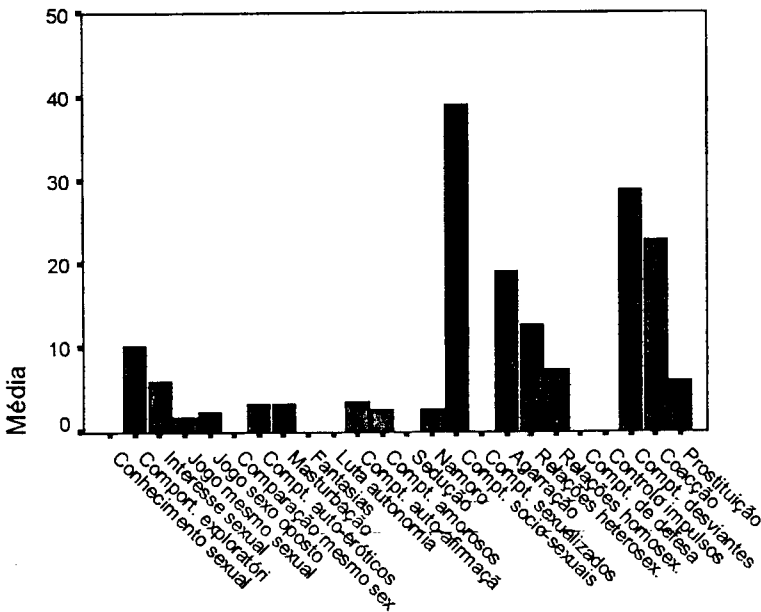


Figura 5.1-Tipos e subtipos de compt presnt inadeq (%):entrevistadas

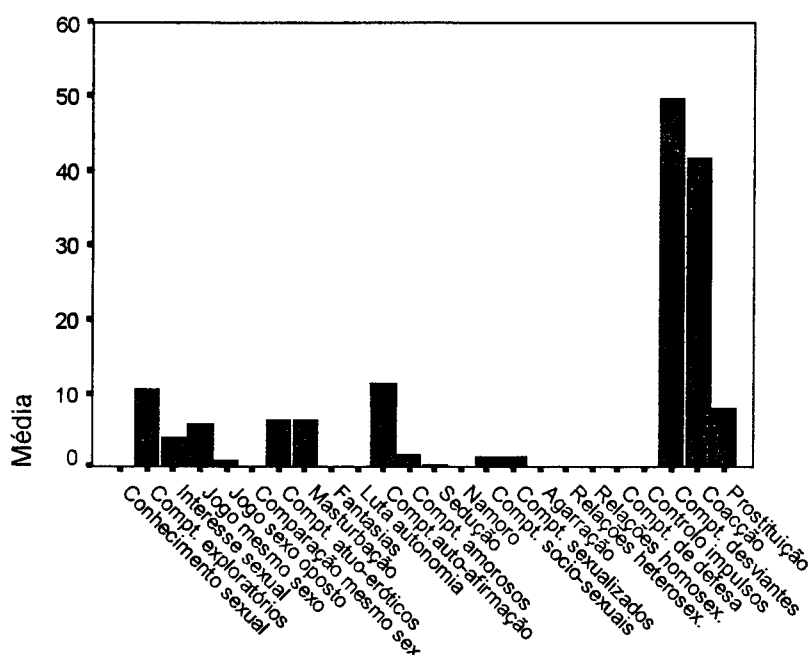


Figura 5.2-Tipos e subtipos de compt presnt inadeq (%):investigador

Através dos valores apresentados no Quadro 3.1 (em anexo), observa-se que o primeiro subtipo (K10.1) foi referido por bastante mais entrevistadas que o subtipo (K10.2). Tanto segundo o critério da investigadora como segundo o das entrevistadas, a "coacção sexual" é o subtipo que, no conjunto dos "comportamentos sexuais desviantes", apresenta o valor mais elevado e o subtipo "prostituição" é o que apresenta o valor mais baixo.

Note-se que, quanto aos "comportamentos sócio-sexuais" (K7), segundo o critério da investigadora, os comportamentos inadequados deste tipo são os menos frequentes e, segundo o das entrevistadas, são os mais frequentes. Os subtipos de comportamentos responsáveis por estes valores são, de acordo com o critério da investigadora (Figura 5.2), exclusivamente os "comportamentos sexualizados" (K7.1), e de acordo com o critério das entrevistadas (Figura 5.1), a "agarração" (K7.2) em primeiro lugar e as "relações sexuais" (K7.3) em segundo e, um pouco mais distanciados, os "comportamentos homossexuais" (K7.4).

Quanto aos "comportamentos exploratórios de natureza sexual" (K2), segundo o critério da investigadora, o subtipo "jogos sexuais com o sexo oposto" (K2.2) aparece com o valor médio mais elevado, logo seguido de muito perto pelas "manifestações de interesse sexual" (K2.1), sendo os dois praticamente os responsáveis pela frequência deste tipo de comportamento. Segundo o critério das entrevistadas, o subtipo "manifestações de interesse sexual" (K2.1) aparece com o valor médio mais elevado, destacando-se consideravelmente dos restantes dois subtipos.

Quanto aos "comportamentos auto-eróticos" (K3), composto por dois subtipos, "a masturbação" (K3.1) surge como a única responsável pelo seu valor, independentemente da diferente expressão que assume, segundo o critério da investigadora, e segundo o critério das entrevistadas.

Finalmente, quanto aos "comportamentos amorosos" (K6), apenas um dos dois subtipos que o compõem, os "comportamentos de sedução" (K6.1) segundo o critério da investigadora e o "comportamento de namoro" (K6.2) segundo o critério das entrevistadas, surge como responsável pela sua frequência.

Em síntese, a investigadora e as entrevistadas concordam quanto aos subtipos mais e menos frequentes incluídos nos "comportamentos sexuais desviantes" e nos "comportamentos auto-eróticos". O mesmo já não acontece quanto aos "comportamentos sócio-sexuais" em que os "comportamentos sexualizados" são o único subtipo referido pela investigadora, enquanto que a "agarrção" é o mais referido e os "comportamentos homossexuais" os menos referidos pelas entrevistadas. As diferenças entre a investigadora e as entrevistadas observam-se também em relação aos "comportamentos exploratórios de natureza sexual", sendo o subtipo mais referido pela investigadora os "jogos sexuais com o sexo oposto" e pelas entrevistadas as "manifestações de interesse sexual"; finalmente, em relação ao tipo "comportamentos amorosos", o único subtipo classificado pela investigadora são os "comportamentos de sedução" e pelas entrevistadas o "namoro".

2.2 Comportamentos ausentes: saliência de cada tipo de comportamento

Apresenta-se a percentagem média de cada um dos diferentes tipos de comportamentos ausentes no conjunto dos comportamentos ausentes (que incluem os adequados e os inadequados). Procura-se conhecer a expressão de cada tipo de comportamento ausente, permitindo fazer uma apreciação do seu peso no conjunto dos comportamentos sexuais que as entrevistadas consideram que os adolescentes não apresentam.

Os "comportamentos exploratórios de natureza sexual (K2) apresentam a percentagem média mais elevada, como se pode observar na Figura 6.

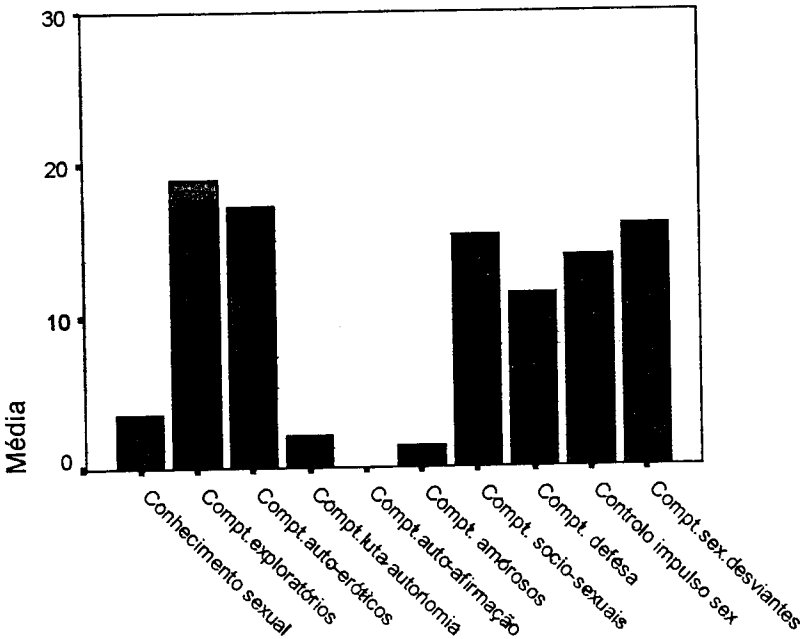


Figura 6- Tipos (%) de comportamentos ausentes

Os "comportamentos auto-eróticos" (K3) surgem em segundo lugar, seguidos de muito perto pelos "comportamentos sexuais desviantes" (K10) e pelos comportamentos "sócio-sexuais", como se pode verificar no mesmo Quadro 4 (em anexo).

O "conhecimento sexual", os "comportamentos de conquista de autonomia" e os "comportamentos amorosos" são os que apresentam os valores mais baixos.

É interessante salientar que os "comportamentos de defesa perante as intenções de abuso" (K8) e o "controlo dos impulsos sexuais" (K9) ocupam apenas uma posição intermédia no conjunto dos comportamentos ausentes.

2.2.1 Comportamentos ausentes adequados: saliência de cada tipo e subtipo

Quanto aos comportamentos ausentes adequados (KAA), verifica-se que estes apresentam uma média ligeiramente mais elevada segundo o critério da investigadora (Quadro 3.2) que segundo o critério das entrevistadas (Quadro 3.1).

Quadro 3.1- Comportamentos (%) ausentes adequados e inadequados, na perspectiva das entrevistadas

N	Valid Missing	Comportamentos ausentes adequados	Comportamentos ausentes inadequados
		32 0	32 0
Mean		62,9394	37,0606
Median		70,3297	29,6703
Minimum		12,50	10,00
Maximum		90,00	87,50

Quadro 3.2- Comportamentos (%) ausentes adequados e inadequados, na perspectiva do investigador

N	Valid Missing	Comportamentos ausentes adequados	Comportamentos ausentes inadequados
		32 0	32 0
Mean		66,7662	32,9734
Median		73,0303	26,9697
Minimum		12,50	,00
Maximum		100,00	87,50

Não há praticamente diferença entre a perspectiva da investigadora e a das entrevistadas nos dados referentes a cada um dos diferentes tipos e subtipos de

comportamentos ausentes adequados, como se poderá observar nos Quadros 5.1 e 5.2 (em anexo).

2.2.2 Comportamentos ausentes inadequados: saliência de cada tipo e subtipo

Quanto aos comportamentos ausentes inadequados (KAI) acontece o inverso, sendo a média mais elevada segundo o critério das entrevistadas (Quadro 3.1) que segundo o critério da investigadora (Quadro 3.2).

As diferenças entre a perspectiva da investigadora e a das entrevistadas nos dados relativos a cada um dos diferentes tipos e subtipos de comportamentos ausentes inadequados são escassas e insignificantes, como se poderá confirmar nos Quadros 6.1 e 6.2 (em anexo).

3. Os comportamentos sexuais dos adolescentes: resultados comparativos

Em termos globais, nesta rubrica analisam-se diferenças a) entre o critério da investigadora e o das entrevistadas relativamente à adequação e inadequação dos comportamentos sexuais dos adolescentes, b) entre diferentes grupos de entrevistadas em relação aos vários tipos e subtipos de comportamentos sexuais e c) entre adolescentes normais e com deficiência mental em relação aos vários tipos e subtipos de comportamentos sexuais. As análises estatísticas utilizadas consistiram, basicamente, na aplicação do teste T (T-Test) e dos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Wilcoxon Signed Test. A utilização de cada tipo de teste foi determinada pelo tipo de variáveis, tipo de distribuição e número de sujeitos.

3.1 Comparação entre o critério da investigadora e o critério das entrevistadas: comportamentos adequados e inadequados.

Começámos por comparar o critério da investigadora com o das entrevistadas relativamente à classificação dos comportamentos dos adolescentes como adequados e inadequados. Para tal, utilizámos o Test-T para amostras emparelhadas.

Uma vez que os comportamentos presentes são a soma dos comportamentos presentes adequados e presentes inadequados, apresentaremos as diferenças entre o critério da investigadora e das entrevistadas apenas para os comportamentos presentes adequados, já que para os comportamentos presentes inadequados as diferenças serão as mesmas.

Os resultados mostram que para o conjunto de comportamentos presentes adequados a diferença entre os dois é altamente significativa ($p<0.01$), revelando que, de acordo com o critério da investigadora, há mais comportamentos presentes adequados e menos inadequados do que na opinião das entrevistadas (Quadro 4).

Quadro 4- Comportamento presente adequado: Comparação investigador/entrevistadas

		Mean	N
Pair 1	% compto presente adeq.-inv	,9079	32
	% compto presente adeq.-entrv	,8286	32

Quadro 4 (cont.) - Comportamento presente adequado: Comparação investigador/entrevistadas

	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	2,813	31	,008

Quanto aos comportamentos ausentes, os resultados mostram que a diferença também é significativa ($p<0.05$), revelando que, de acordo com o critério da investigadora, há mais comportamentos ausentes adequados e menos inadequados do que de acordo com o critério das entrevistadas (Quadro 5).

Quadro 5- Comportamento ausente adequado: Comparação investigador/entrevistadas

		Mean	N
Pair 1	% compt ausent adeq-inv	38,1105	32
	% compt ausentes adequados- entrv	36,1888	32

Quadro 5 (cont.) - Comportamento ausente adequado: Comparação investigador/entrevistadas

	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	2,280	31	,030

Fazendo a mesma análise para os diferentes tipos de comportamentos presentes adequados no conjunto dos comportamentos presentes, verificámos diferenças estatisticamente significativas ($p<0.01$) apenas em relação a um tipo de comportamento, "comportamentos sócio-sexuais" (K7), que indicam que as entrevistadas consideram os comportamentos deste tipo como mais inadequados do que um observador que se baseie nos critérios da literatura de especialidade (Quadro 6.1).

Quadro 6.1- Tipos de comportamentos presentes adequados (média): Comparação investigador/entrevistadas

		Mean
Pair 1	Prct K 1 inv	1,5888
	Prct K 1 mae	1,5888
Pair 2	Prct K 2 inv	39,5764
	Prct K 2 mae	37,5768
Pair 3	Prct K 3 inv	9,7017
	Prct K 3 mae	10,1626
Pair 4	Prct K 4 inv	3,0706
	Prct K 4 mae	3,0706
Pair 5	Prct K 5 inv	1,3914
	Prct K 5 mae	1,9415
Pair 6	Prct K 6 inv	8,9365
	Prct K 6 mae	8,6154
Pair 7	Prct K 7 inv	24,2112
	Prct K 7 mae	17,5891
Pair 8	Prct K 8 inv	1,4129
	Prct K 8 mae	1,4129
Pair 9	Prct K 9 inv	,9023
	Prct K 9 mae	,9023
Pair 10	Prct K 10 inv	,0000
	Prct K 10 mae	,0000

Quadro 6.1 (cont.) - Tipos de comportamentos presentes adequados: Comparação investigador/entrevistadas

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 2	Prct K 2 inv -	1,192	31	,242
	Prct K 2 mae r			
Pair 3	Prct K 3 inv -	-1,499	31	,144
	Prct K 3 mae			
Pair 5	Prct K 5 inv -	-1,658	31	,107
	Prct K 5 mae			
Pair 6	Prct K 6 inv -	,625	31	,537
	Prct K 6 mae			
Pair 7	Prct K 7 inv -	4,951	31	,000
	Prct K 7 mae			

Sabendo que a percentagem de comportamentos presentes adequados (% KPA), no geral, é maior segundo o critério da investigadora que o das entrevistadas, para determinar em que tipos e subtipos de comportamentos isso se verifica, procedeu-se da seguinte forma: calculou-se a proporção de cada tipo e subtipo de comportamento presente adequado segundo a perspectiva da investigadora, no conjunto dos comportamentos presentes (os comportamentos presentes são iguais para a investigadora e para as entrevistadas). Repetiu-se o mesmo procedimento, usando a perspectiva das entrevistadas. Seguidamente compararam-se, para cada tipo e cada subtipo de comportamento, os resultados relativos ao critério da investigadora e ao das entrevistadas. Isto permite afirmar se as entrevistadas tendem a "adequar" ou a "inadequar" um determinado comportamento, relativamente ao critério da investigadora.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas nos comportamentos de auto-afirmação ($p<0.05$) e sócio-sexuais ($p<0.01$) (Quadros 7.1 e 7.2).

Quadro 7.1- Comparação, para cada tipo e subtipo de comportamento presente adequado, entre a perspectiva do investigador e a das entrevistadas (médias)

		Mean
Pair 1	k1:inv	31,2500
	k1: entrv	31,2500
Pair 2	k2: inv	95,6929
	k2: entrv	90,9484
Pair 3	k21:inv	97,3669
	k21:entrv	92,1194
Pair 4	k22:inv	80,2083
	k22: entrv	80,9896
Pair 5	K23:inv	37,5000
	K23:entrv	31,2500
Pair 6	K24:inv	50,0000
	K24:entrv	50,0000
Pair 7	K3:inv	90,7738
	K3:entrv	93,2738
Pair 8	K31:inv	87,5071
	K31:entrv	88,5141
Pair 9	K32:inv	31,2500
	K32: entrv	31,2500
Pair 10	K4:inv	50,0000
	K4:entrv	50,0000
Pair 11	K5:inv	36,9792
	K5:entrv	54,6875
Pair 12	K6:inv	87,1528
	K6:entrv	84,7917
Pair 13	K61:inv	45,4167
	K61:entrv	48,1771
Pair 14	K62:inv	84,3750
	K62:entrv	76,1533
Pair 15	k7: inv	98,4375
	k7: entrv	75,4861
Pair 16	K71:inv	97,0982
	K71:entrv	100,0000
Pair 17	K72:inv	84,3750
	K72:entrv	42,1540
Pair 18	K73:inv	93,7500
	K73:entrv	68,5417
Pair 19	K74:inv	53,1250
	K74:entrv	18,7500
Pair 20	K8:inv	31,2500
	K8:entrv	31,2500
Pair 21	K9:inv	21,8750
	K9:entrv	21,8750
Pair 22	K10:inv	,0000
	K10:entrv	,0000
Pair 23	K101:inv	,0000
	K101:entrv	,0000
Pair 24	K102:inv	,0000
	K102:entrv	,0000

Quadro 7.2. - Comparação, para cada tipo e subtipo de comportamento presente adequado, entre a perspectiva do investigador e a das entrevistadas

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 2	k2:inv - k2: entrv	1,285	31	,208
Pair 3	k21:inv - k21: entrv	1,487	31	,147
Pair 4	k22:inv - k22: entrv	-,112	31	,911
Pair 5	K23:inv - K23:entrv	1,000	31	,325
Pair 7	K3:inv - K3:entrv	-1,245	31	,222
Pair 8	K31:inv - K31:entrv	-,756	31	,456
Pair 11	K5:inv - K5:entrv	-2,647	31	,013
Pair 12	K6:inv - K6:entrv	,659	31	,515
Pair 13	K61:inv - K61:entrv	-,853	31	,400
Pair 14	K62:inv - K62:entrv	1,761	31	,088
Pair 15	k7: inv - k7: entrv	5,867	31	,000
Pair 16	K71:inv - K71:entrv	-1,433	31	,162
Pair 17	K72:inv - K72:entrv	5,144	31	,000
Pair 18	K73:inv - K73:entrv	3,849	31	,001
Pair 19	K74:inv - K74:entrv	4,030	31	,000

Estes resultados sugerem que os "comportamentos de auto-afirmação" (K5) são considerados com mais frequência como adequados pelas entrevistadas do que segundo o critério da investigadora. Em contraste, no que diz respeito aos "comportamentos sócio-sexuais" (K7), as entrevistadas consideram-nos como menos adequados do que a investigadora. Mais especificamente, no que se refere a este tipo de comportamento, as diferenças relativas a três dos subtipos que o constituem, "comportamentos de agarrão" (K7.2), "relações sexuais" (K7.3) e "comportamentos homossexuais" (K7.4) são altamente significativas ($p<0.01$), indicando que as entrevistadas os consideram menos adequados que a investigadora.

3.2 Comparação entre as perspectivas de diferentes grupos e subgrupos de entrevistadas

Terminada a análise das diferenças entre o critério da investigadora e das entrevistadas, focar-nos-emos, a partir de agora, apenas na perspectiva das entrevistadas.

Com o objectivo de analisar diferenças entre os diferentes grupos e subgrupos de entrevistadas (FND; FNN; FDD e FDN), comparam-se os seus resultados.

Cada um dos subgrupos é constituído por 8 entrevistadas, que correspondem às seguintes características:

FDD - entrevistadas com um filho adolescente com deficiência mental que responderam à entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental;

FNN - entrevistadas com um filho adolescente normal que responderam à entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes normais;

FND - entrevistadas com um filho normal que responderam à entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental;

FDN - entrevistadas com um filho com deficiência mental que responderam à entrevista sobre a sexualidade dos adolescentes normais.

Quando o objectivo é analisar as diferenças entre os resultados destes quatro subgrupos, utilizámos o teste Kruskal-Wallis. Para identificar entre quais dos subgrupos de entrevistadas se verificam, diferenças, utilizámos o teste Mann Whitney.

Analisámos também diferenças entre grupos mais vastos, constituídos com base nos quatro subgrupos referidos de entrevistadas. Assim, o grupo das Mães (M) e o grupo das não-Mães (n-M) são constituídos, respectivamente, pelo conjunto FNN + FDD e pelo conjunto FND + FDN. Por outras palavras, o primeiro grupo são entrevistadas que se pronunciam sobre a sexualidade de adolescentes com características semelhantes às do seu filho. O segundo grupo responde sobre a

sexualidade de adolescentes que à partida lhes é mais desconhecido, mais distante (nenhuma delas tem um filho com as características dos adolescentes sobre os quais são questionadas). Criámos, também, o grupo de entrevistadas com filhos com deficiência mental (FD = FDD + FDN) e o grupo de entrevistadas com filhos normais (FN = FNN + FND) .

Começámos por comparar os resultados relativos aos comportamentos presentes no conjunto dos comportamentos referidos (KP / TK). Os resultados mostram que há diferenças significativas ($p<0.05$) entre os quatro subgrupos (Quadro 8).

Quadro 8- Comportamentos presentes por sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank
% kp	fnd	8	13,38
	fnn	8	16,50
	fdd	8	11,94
	fdn	8	24,19
	Total	32	

Esta diferença é evidente entre o subgrupo FDD e o subgrupo FDN ($p<0.01$), revelando que as entrevistadas com um filho com deficiência mental indicam um número significativamente maior de comportamentos presentes de natureza sexual em relação aos adolescentes normais do que em relação aos adolescentes com deficiência mental (Quadro 9).

Quadro 9- Comparação de comportamentos presentes entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% kp	fdd	8	5,56	44,50
	fdn	8	11,44	91,50
	Total	16		

Seguidamente, analisámos eventuais diferenças no que se refere aos comportamentos presentes adequados (KPA / KP). Os resultados revelaram diferenças significativas ($p<0.05$) entre os subgrupos FNN e FDN (Quadro 10), sugerindo que as entrevistadas que têm um filho adolescente normal (FNN) atribuem

mais comportamentos sexuais adequados aos adolescentes normais do que as entrevistadas que têm um filho com deficiência mental (FDN).

Quadro 10- Comparação de comportamentos presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% kpa	fnn	8	11,00	88,00
	fdn	8	6,00	48,00
	Total	16		

Portanto, os adolescentes normais são vistos pelas mães dos adolescentes com D.M. como tendo mais comportamentos sexuais do que os adolescentes com D.M.; as mães com filhos normais acham a sexualidade destes jovens mais adequada do que as mães com filhos com D.M.

Passamos agora a analisar os diferentes tipos e subtipos de comportamentos presentes adequados. Verifica-se que apenas nos "comportamentos auto-eróticos" (K3) há uma diferença significativa ($p<0.01$) entre os quatro grupos(Quadro 11).

Quadro 11- Comportamentos auto-eróticos (k3) presentes adequados, por sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank
% K 3 pres ad.	fnd	8	14,44
	fnn	8	11,63
	fdd	8	26,56
	fdn	8	13,38
	Total	32	

Os resultados mostram diferenças entre:

Os subgrupos FND e FDD ($p<0.01$), evidenciando que as entrevistadas que têm um filho com D.M. atribuem aos adolescentes com D.M. mais comportamentos auto-eróticos do que as entrevistadas que têm filhos adolescentes normais (Quadro 12);

Quadro 12- Comparação de comportamentos auto-eróticos (k3) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K 3 pres ad.	fnd	8	5,38	43,00
	fdd	8	11,63	93,00
	Total	16		

Os subgrupos FNN e FDD ($p<0.01$), em que as entrevistadas com um filho com D.M. referem mais comportamentos auto-eróticos relativamente aos adolescentes com D.M., que as entrevistadas com um filho adolescente normal relativamente aos adolescentes normais (Quadro 13).

Quadro 13- Comparação de comportamentos auto-eróticos (k3) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K 3 pres ad.	fnn	8	4,94	39,50
	fdd	8	12,06	96,50
	Total	16		

O subgrupo FDD e o FDN ($p<0.01$), o que sugere que as entrevistadas com um filho adolescente com D.M. vêem os adolescentes com D.M. com mais comportamentos auto-eróticos que os adolescentes normais (Quadro 14).

Quadro 14- Comparação de comportamentos auto-eróticos (k3) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K 3 pres ad.	fdd	8	11,88	95,00
	fdn	8	5,13	41,00
	Total	16		

Estes três resultados sugerem que os adolescentes com D.M. são vistos com mais comportamentos auto-eróticos do que os adolescentes normais pelas entrevistadas, quer pelas que têm um filho adolescente também com D.M., quer pelas que têm um filho adolescente normal.

Quanto aos subtipos de comportamentos presentes adequados existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro subgrupos de entrevistadas (Quadro 15), nos seguintes comportamentos.

Quadro 15- Comparação entre sub-tipos de comportamentos presentes adequados, por sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank
%K 2.4pres ad	fnd	8	13,25
	fnn	8	23,81
	fdd	8	10,19
	fdn	8	18,75
	Total	32	
%K 3.2 pres ad	fnd	8	15,00
	fnn	8	12,75
	fdd	8	23,63
	fdn	8	14,63
	Total	32	
%K 7.1pres ad	fnd	8	20,00
	fnn	8	8,63
	fdd	8	16,56
	fdn	8	20,81
	Total	32	
%K 7.2 pres ad	fnd	8	19,44
	fnn	8	22,69
	fdd	8	11,00
	fdn	8	12,88
	Total	32	

"Comportamentos de comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" (K2.4 ; $p<0.01$). Através do Quadro 16, verificamos que essas diferenças se encontram entre os subgrupos FNN e FND ($p<0.05$), o que sugere que as entrevistadas com um filho adolescente normal atribuem uma maior quantidade deste tipo de comportamento aos adolescentes normais que aos adolescentes com D.M.

Quadro 16- Comparação de " comportamentos de comparação do corpo" (k2.4) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K2.4 pres ad	fnd	8	6,00	48,00
	fnn	8	11,00	88,00
	Total	16		

Verificamos também uma diferença altamente significativa ($p<0.01$) entre os subgrupos FNN e FDD (Quadro 17).

Quadro 17- Comparação de " comportamentos de comparação do corpo" (k2.4) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K2.4 pres ad	fnn	8	12,13	97,00
	fdd	8	4,88	39,00
	Total	16		

As entrevistadas com um filho normal atribuem aos adolescentes normais uma maior quantidade destes comportamentos que as entrevistadas com um filho com deficiência mental atribuem aos adolescentes com deficiência mental;

"Fantasias" (K3.2 ; $p<0.05$). Os resultados mostram que essas diferenças se situam entre os subgrupos FNN e FDD ($p<0.05$), imaginando as entrevistadas que têm um filho adolescente com D.M. que os adolescentes com D.M. têm um número mais elevado de fantasias sexuais do que as entrevistadas que têm um filho normal imaginam relativamente aos adolescentes normais (Quadro 18).

Quadro 18- Comparação do sub-tipo de comportamentos "fantasias" (k3.2) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K3.2 pres ad	fnn	8	5,88	47,00
	fdd	8	11,13	89,00
	Total	16		

Há também uma diferença significativa ($p<0.05$) entre o subgrupo FDD e o subgrupo FDN, sugerindo que as entrevistadas que têm um filho adolescente com D.M. vêem os adolescentes com D.M. com mais fantasias que os adolescentes normais (Quadro 19);

Quadro 19- Comparação do sub-tipo de comportamentos "fantasias" (k3.2) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K3.2 pres ad	fdd	8	10,88	87,00
	fdn	8	6,13	49,00
	Total	16		

- "Comportamentos Sexualizados" (K7.1; $p<0.05$). Existe uma diferença significativa ($p<0.01$) entre o subgrupo FNN e o subgrupo FDN. As entrevistadas que têm um filho com D.M. atribuem aos adolescentes normais mais comportamentos sexualizados que as entrevistadas que têm um filho normal (Quadro 20);

Quadro 20- Comparação do sub-tipo " comportamentos socio-sexuais" (k7.1) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K7.1 pres ad	fnn	8	5,00	40,00
	fdn	8	12,00	96,00
	Total	16		

- " Agarração" (K7.2 ; $p<0.05$). Verificamos que essas diferenças existem entre o subgrupo FNN e o subgrupo FDN, indicando que as entrevistadas que têm um filho adolescente normal atribuem aos adolescentes normais mais comportamentos de "agarração" do que as que têm um filho adolescente com deficiência mental (Quadro 21).

Quadro 21- Comparação do sub-tipo de comportamentos "agarração" (k7.2) presentes adequados entre pares de sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K7.2 pres ad	fnn	8	10,88	87,00
	fdn	8	6,13	49,00
	Total	16		

Prosseguimos a nossa análise comparando as perspectivas dos grupos de entrevistadas quanto aos diferentes tipos e subtipos de comportamentos presentes adequados. Começaremos por comparar os grupos mães(M) e não-mães(n-M), primeiro no que se refere aos tipos e depois aos subtipos de comportamentos. Seguidamente, comparamos os grupos de mães de adolescentes com D.M.(FD) e mães de adolescentes normais (FN), primeiro no que se refere aos tipos e depois aos subtipos de comportamentos.

Quanto à comparação entre mães e não-mães, os resultados mostram diferenças significativas nos seguintes tipos e subtipos de comportamentos:

- Comportamentos de conquista de Autonomia (K4): As M consideram que os adolescentes têm mais ($p<0.05$) comportamentos de conquista da autonomia que as n-M (Quadro 22);

Quadro 22- Comportamentos presente adequado " Luta pela autonomia" (k4) por grupo de entrevistadas (mães e não mães)

	Grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
%K 4 pres ad	Mães	16	20,06	321,00
	Não mães	16	12,94	207,00
	Total	32		

- Comportamentos Sócio-Sexuais (K7): As n-M imaginam os adolescentes com mais ($p<0.05$) comportamentos sócio-sexuais que as M (Quadro 23);

Quadro 23- Comportamentos presente adequado " Comportamentos socio-sexuais" (k7) por grupo de entrevistadas (mães e não mães)

	Grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K 7 pres ad	Mães	16	12,97	207,50
	Não mães	16	20,03	320,50
	Total	32		

- Comportamentos Sexualizados (K7.1): a diferença entre o grupo M e o n-M é significativa ($p<0.05$). As n-M imaginam que os adolescentes têm mais destes comportamentos que as M (Quadro 24).

Quadro 24- Comparação do sub-tipo de comportamentos " sexualizados" (k 7.1), por grupos de entrevistadas (mães e não mães)

	Grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K7.1 pres ad	Mães	16	12,59	201,50
	Não mães	16	20,41	326,50
	Total	32		

Em suma, os resultados indicam que as M imaginam os adolescentes semelhantes aos seus próprios filhos com menos comportamentos sócio-sexuais que as n-M, mesmo que estes comportamentos sejam os mais iniciais e os menos íntimos, como os comportamentos sexualizados. Não obstante, as M imaginam-nos também com mais desejos de autonomia (privacidade).

Quanto à comparação entre entrevistadas com filhos com D.M. e entrevistadas com filhos normais, encontram-se diferenças significativas nos seguintes tipos e subtipos de comportamentos:

- Comportamentos Auto-Eróticos (K3): As entrevistadas que têm um filho com D.M. imaginam que os adolescentes têm mais ($p<0.05$) comportamentos auto-eróticos do que as entrevistadas que têm um filho normal (Quadro 25);

Quadro 25- Comportamentos presente adequado " Comportamentos auto-eróticos" (k3) por grupo de entrevistadas (mães com filhos com deficiência (FD) e mães com filhos normais (FN))

	Grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K 3 pres ad	F D	16	19,97	319,50
	FN	16	13,03	208,50
	Total	32		

- Comportamentos de Agarração (K7.2): As FN vêem os adolescentes com um número mais elevado ($p<0.01$) destes comportamentos do que as FD (Quadro 26).

Quadro 26- Comparação do sub-tipo de comportamentos "agarração" (k 7.2), por grupos de entrevistadas (mães com filhos deficientes (FD) e mães com filhos normais (FN))

	Mães de D e mães de N	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K7.2 pres ad	Maes D	16	11,94	191,00
	Mães N	16	21,06	337,00
	Total	32		

Em suma, estes resultados mostram que se por um lado as entrevistadas com um filho adolescente com D.M. (FD) vêem os adolescentes com mais comportamentos auto-eróticos que as entrevistadas com um filho adolescente normal (FN), por outro estas últimas vêem-nos com mais comportamentos sócio-

sexuais ("comportamentos de agarrção") do que as primeiras. Estes resultados levam-nos a supor que quer FD, quer FN projectam nos adolescentes em geral os comportamentos sexuais que imaginam que os seus filhos têm.

3.3 Comparação entre os adolescentes normais e os adolescentes com deficiência mental

Criámos dois grupos constituídos com base na condição do adolescente objecto de referência da entrevista: o grupo D (16 adolescentes com D.M.) e o grupo N (16 adolescentes normais).

Aplicámos, igualmente, o teste Mann-Whitney para a comparação dos comportamentos presentes nos dois grupos. Os resultados mostram que há uma diferença significativa ($p<0.05$) entre os dois grupos, indicando que os adolescentes normais são vistos como tendo mais comportamentos sexuais que os adolescentes com D.M. (Quadro 27).

Quadro 27- Comparação de comportamentos presentes (KP) por grupo de adolescentes: com Deficiência (D) e Normais (N)

Objectos da entrevista	N	Mean Rank	Sum of Ranks
D	16	12,66	202,50
N	16	20,34	325,50
Total	32		

Quanto aos tipos de comportamentos presentes adequados, verificou-se que apenas nos "comportamentos auto-eróticos" (K3) há uma diferença significativa ($p<0.05$) entre os dois grupos, revelando que os adolescentes com D.M. são imaginados por todas as entrevistadas como tendo mais comportamentos auto-eróticos que os adolescentes normais (Quadro 28).

Quadro 28- Comparação de comportamento presente adequado " auto-eróticos" (k3) por grupo de adolescentes: com deficiência (D) e Normais (N)

	Objectos da entrevista	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K 3 pres ad	D	16	20,50	328,00
	N	16	12,50	200,00
	Total	32		

Quanto aos subtipos de comportamentos adequados, os resultados evidenciaram diferenças significativas nos seguintes comportamentos:

- " Comparação do Seu Corpo com o dos Outros do Mesmo Sexo" (K2.4) em que as diferenças ($p<0.01$) indicam que os adolescentes normais são vistos como manifestando mais este comportamento que os adolescentes com D.M. (Quadro 29).

Quadro 29- Comparação entre sub-tipos de comportamentos presentes adequados, por grupos de adolescentes: com Deficiência (D) e Normais (N)

	Objectos da entrevista	N	Mean Rank	Sum of Ranks
% K2.4 pres ad	D	16	11,72	187,50
	N	16	21,28	340,50
	Total	32		
% K6.2 pres ad	D	16	12,50	200,00
	N	16	20,50	328,00
	Total	32		

- " Comportamentos de Namoro, como Curtir, Namoriscar, Andar com..." (K6.2) , em que a diferença entre o grupo D e o N é significativa ($p<0.05$), sendo os adolescentes normais vistos como manifestando mais este subtipo de comportamento que os adolescentes com deficiência mental.

Em síntese, os resultados revelam que, se por um lado os adolescentes com D.M. (D) são vistos por todas as entrevistadas com mais comportamentos auto-eróticos que os adolescentes normais, por outro são vistos com menos comportamentos sexuais que impliquem a presença ou a participação de outra pessoa do que estes últimos, o que poderá estar relacionado com dificuldades de convívio social.

II - A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES: INTENSIDADE E EXPLICAÇÕES

1. Análise quantitativa

Apresentamos agora os resultados da análise quantitativa do nível de intensidade da sexualidade dos adolescentes e da origem intrínseca/extrínseca das explicações dadas pelas entrevistadas para justificar os comportamentos sexuais dos adolescentes.

1.1 Nível de intensidade

A quantificação dos indicadores de cada uma das categorias relativas à intensidade dos comportamentos sexuais dos adolescentes - hipossexualizados (hipo), normativos (norma) e hipersexualizados (hiper) - fez-se calculando a sua frequência.

1.2 Explicações intrínsecas e extrínsecas

A quantificação dos indicadores de cada uma das categorias relativas à origem dos comportamentos sexuais dos adolescentes - intrínseca e extrínseca - realizou-se também calculando a sua frequência.

2. Resultados descritivos

Com o fim de permitir uma apreciação global sobre a expressão das diferentes categorias de intensidade e de explicações das entrevistadas,

apresentamos, de seguida, alguns dados descritivos referentes à totalidade da amostra.

2.1 A intensidade da sexualidade dos adolescentes

Trata-se de conhecer a importância de cada um dos níveis de intensidade da sexualidade dos adolescentes. A apreciação das entrevistadas quanto a este aspecto reflecte um julgamento valorativo da sexualidade dos adolescentes. Estes dados permitem-nos examinar o perfil de intensidade da sexualidade dos adolescentes tal como é vista pelas entrevistadas. Na Figura 7, observamos que os comportamentos normativos apresentam, no conjunto dos três comportamentos, o valor mais elevado e os comportamentos hipossexualizados o valor mais baixo.

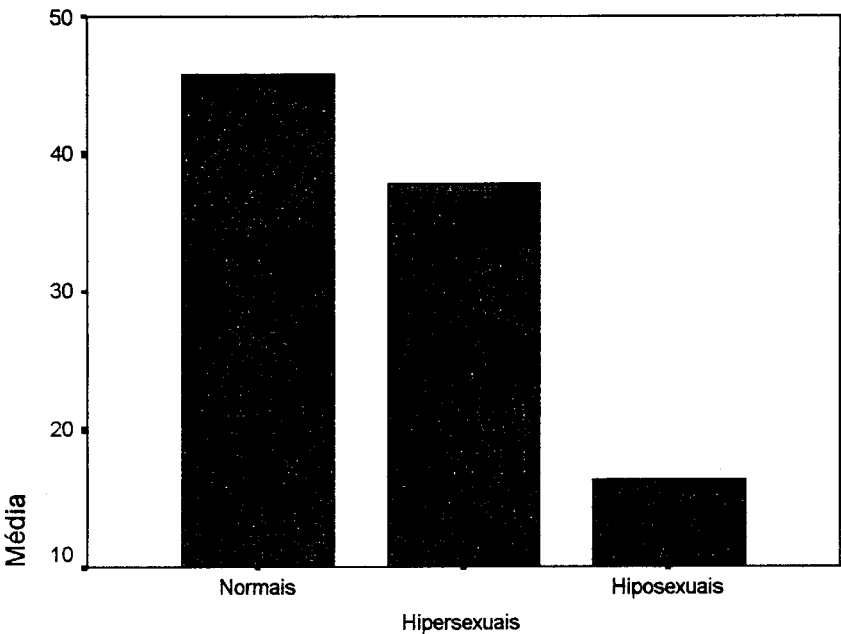


Figura 7- Intensidade dos comportamentos sexuais (%)

Ou seja, no continuum entre os dois pólos expressos, em geral, a sexualidade dos adolescentes é vista como normal.

2.2 A origem intrínseca/extrínseca da sexualidade dos adolescentes

Nesta rubrica, começamos por apresentar a importância relativa de cada tipo de explicação à cerca da origem da sexualidade: intrínseca e extrínseca. Estes dados informam-nos sobre se as entrevistadas interpretam a sexualidade dos adolescentes como influenciada sobretudo por factores intrínsecos ou extrínsecos. A Figura 8 mostra que as explicações intrínsecas são muito mais usadas do que as explicações extrínsecas.

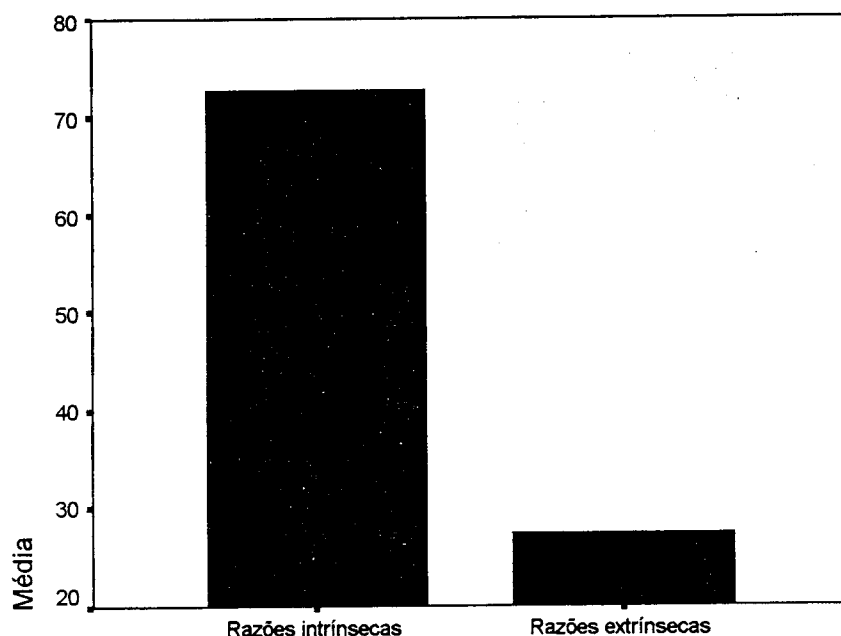


Figura 8- Tipos (%) de razões

Prosseguimos, comparando a quantidade de explicações I e E em cada nível de intensidade. Por exemplo, as explicações das entrevistadas para justificar uma sexualidade pouco intensa são sobretudo I ou E ? A mesma questão se colocou relativamente à sexualidade considerada pelas entrevistadas como tendo uma intensidade normal e como sendo hipersexualizada.

Começando pelos comportamentos hipossexualizados, as explicações intrínsecas apresentam um valor cerca de 4 vezes mais elevado do que o das explicações extrínsecas (Quadro 30).

Quadro 30- Razões intrínsecas e extrínsecas (%) no comportamento hipossexual, normal e hipersexual

N	Válidos Faltas	%Intr. no compto hipossexual	%Extr.no compto hipossexual	%Intr.no compto hipersexual	%Extr. no compto hipersexual	%Intr.no compto normal	%Extr.no compto normal
		32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0
Média		78,5062	15,2438	60,5427	39,4573	77,0286	22,9714
Mediana		92,3077	,0000	60,4276	39,5724	80,0595	19,9405
Desvio Padrão		28,5031	20,1068	23,6114	23,6114	19,0425	19,0425
Mínimo		,00	,00	10,00	,00	,00	,00
Máximo		100,00	61,90	100,00	90,00	100,00	100,00

Quanto aos comportamentos hipersexualizados, verifica-se que as explicações intrínsecas apresentam um valor cerca de 2 vezes superior ao das explicações extrínsecas.

Quanto aos comportamentos normativos, as explicações intrínsecas têm um valor 3 vezes superior ao das explicações extrínsecas.

Concluindo, há um nítido predomínio das explicações intrínsecas em todos os níveis de intensidade da sexualidade, embora especialmente notado para os comportamentos hipossexualizados.

III - REPRESENTAÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES: TIPIFICAÇÃO

1. O esquema figurativo das representações: procedimentos

Começamos por descrever os procedimentos utilizados para detectar o esquema figurativo das representações das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes com e sem deficiência mental.

No sentido de caracterizar a representação global da entrevistada quanto à sexualidade dos adolescentes, utilizamos dois tipos de indicadores: a intensidade dos comportamentos sexuais referidos pelas entrevistadas e o carácter intrínseco/extrínseco das explicações das entrevistadas. Identificámos 3 tipos de representação, com base em combinações destes indicadores: Anjos, Normais e Monstros.

Exemplo:

K. hipossexual	K. sexuais normais	k. hipersexual
21	10	6
(81+13E)	(91+1E)	(11+5E)

As explicações intrínsecas acentuam* a intensidade atribuída pelas entrevistadas às manifestações sexuais dos adolescentes e as explicações extrínsecas atenuam-nas. Ou seja, as manifestações sexuais que são explicadas, predominantemente, por factores intrínsecos, próprios do indivíduo, reflectem uma representação ainda mais nitidamente excessiva, normal ou reduzida, nomeadamente porque os factores intrínsecos são vistos como mais imutáveis, fazendo parte da própria natureza do indivíduo. Assim, à frequência de cada uma das três categorias de intensidade é somada a frequência de indicadores intrínsecos da respectiva categoria. Por sua vez, as explicações extrínsecas tendem a atenuar a visão da intensidade que as entrevistadas têm acerca da sexualidade dos

adolescentes; ao explicar um determinado nível de intensidade através de factores alheios ao indivíduo, estes retiram o foco do indivíduo. De certa forma "desculpam" uma sexualidade vista como excessiva, retiram ao adolescente a "autoria" de uma sexualidade normal. Relativamente à sexualidade vista como deficitária, as explicações extrínsecas diminuem, atenuam essa visão, uma vez que é veiculada a ideia de que se não estivessem presentes factores externos a exercer o seu efeito, a sexualidade não seria tão hipossexualizada. Assim, à frequência de cada uma das três categorias de intensidade, subtrai-se a frequência de indicadores extrínsecos da respectiva categoria. As explicações I / E são, pois, factores fundamentais para caracterizar as representações. Ilustramos, seguidamente, estes procedimentos com um exemplo:

Indicador hipo + (I-E)=	Indicador normal + (I- E)=	Indicadorr hiper + (I-E)=
=21 + (8-13) = +16	= 10 + (9 – 1) = +18	= 6 + (1-5)= +2

Uma vez que trabalhar com valores brutos introduz viéses importantes, transformámos estes resultados em razões ou proporções.

*Note-se que este "acentuar" significa que as manifestações sexuais classificadas como excessivas assumem um carácter ainda mais excessivo quando são vistas como fazendo parte da natureza intrínseca do indivíduo (os seus impulsos, instintos, etc.); às manifestações vistas como normais é também acentuado o seu carácter normal e às vistas como hipossexualizadas é acentuado o seu carácter reduzido. A alteração produzida pelas explicações extrínsecas tem um significado equivalente, mas de sentido oposto (atenuam a intensidade).

Para tal, cada um dos três valores é ponderado com o total dos três valores obtidos. Assim, voltando ao nosso exemplo:

Hiposex/total	Normasex/total	Hipersex/total
16/36 = 0,44	18/36 = 0,50	2/36 = 0,06

Finalmente, faz-se o somatório dos três valores, obtendo o resultado final (-0,44 + 0,50 + 0,06 = 0,12).

Este valor reflecte a representação global da entrevistada sobre a sexualidade do adolescente.

Para responder a certas questões de investigação que apresentaremos à frente, utilizámos apenas a primeira parte dos procedimentos descritos, isto é, excluindo os dados sobre a origem I/E da sexualidade.

Exemplificando:

hipo	Norma	Hiper	Total
21	10	6	37
Hipo/total	Norma/total	Hiper/total	
$21/37 = X$	$10/37 = Y$	$6/37 = Z$	$-X+Y+Z = W$

No sentido de identificar e delimitar grupos de representações, ordenámos os valores finais, obtidos pelo primeiro procedimento, por ordem crescente, classificando-os em três grupos através dos valores dos percentis 33 e 66. Estes grupos foram designados por Anjos (os valores mais baixos), Normais (os valores intermédios) e Monstros (os valores mais elevados), correspondendo a 3 configurações das representações das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes.

2. As representações sobre a sexualidade dos adolescentes: resultados descritivos

O Quadro 31 representa a distribuição dos três tipos de representações da sexualidade dos adolescentes com e sem deficiência mental (anjos, normais e monstros) pelos diferentes grupos de entrevistadas e de objectos da entrevista. Através deste quadro, constatámos que num total de 11 representações de anjos, 8

correspondem a M (entrevistadas que são mães de um adolescente com a mesma característica do objecto da representação) e 3 a n-M; 8 a FD (a mães de adolescentes com D.M.) e 3 a FN (a mães de adolescentes normais), 8 a D (adolescentes com D.M.) e 3 a N (adolescentes normais); entre um total de 10 "representações normais", 4 correspondem a M e 6 a n-M, 5 a FN e 5 a FD, 5 a D e 5 a N e entre os monstros (11), 4 correspondem a M e 7 a n-M, 3 FD e 8 FN, 8 a N e 3 a D.

Quadro 31 - Classificação da sexualidade dos adolescentes em Anjos, Normais e Monstros: distribuição pelos grupos e subgrupos de entrevistadas.

- .subgrupo FNN - 2 anjos; 4 médios; 2 monstros
- .subgrupo FDD - 6 anjos; 0 médios; 2 monstros
- .subgrupo FDN - 1 anjo; 1 médio; 6 monstros
- .subgrupo FND - 2 anjos; 5 médios; 1 monstro
- .grupo M - 8 anjos, 4 médios e 4 monstros
- .grupo n-M - 3 anjos, 6 médios e 7 monstros
- .grupo D - 8 anjos, 5 médios e 3 monstros
- .grupo N - 3 anjos, 5 médios e 8 monstros
- .grupo FD - 7 anjos, 1 médio e 8 monstros
- .grupo FN - 4 anjos, 9 médios e 3 monstros.

Observando neste Quadro o número de anjos, normais e monstros em cada um dos diferentes grupos e subgrupos de entrevistadas, salientamos, pelo interesse que tem para o nosso objecto de estudo, as diferenças encontradas:

entre os grupos FDD e FDN, em que o número de anjos e monstros é praticamente inverso, sugerindo que as entrevistadas com um filho com D.M. vêem os adolescentes com D.M. essencialmente como anjos e os adolescentes normais essencialmente como monstros;

entre os grupos M e n-M, em que se verifica que as entrevistadas mães (M) representam metade dos adolescentes no geral (normais e com D.M.) como anjos (8/16) e apenas uma minoria como monstros (4/16); ao inverso, as não-mães (n-M) representam cerca de metade dos adolescentes como monstros (7/16) e uma minoria como anjos (3/16);

entre os grupos FD e FN, em que o número de anjos (7/16) e de monstros (8/16) do 1º grupo é praticamente o dobro do 2º grupo (4/16) e (3/16), indicando que as mães de adolescentes com D.M. (FD) representam os adolescentes em geral tanto como anjos quer como monstros, enquanto que as mães de adolescentes normais (FN) os representam minoritariamente como anjos ou monstros, portanto sobretudo como normais;

entre os grupos D e N, em que uma distribuição idêntica à anterior mostra que os adolescentes com D.M. (grupo D) são representados pelas entrevistadas como predominantemente anjos e minoritariamente monstros, enquanto os adolescentes normais (grupo N) são representados numa forma inversa.

3. As representações sobre a sexualidade do adolescente: resultados comparativos

Após a análise descritiva dos resultados, prosseguimos com análises dirigidas a responder a outras questões da investigação.

3.1 Intensidade da sexualidade por subgrupos de entrevistadas

Apresentamos a comparação dos resultados obtidos em cada um dos quatro subgrupos de entrevistadas, no que se refere aos comportamentos hipossexualizados, normativos e hipersexualizados (Quadro 32).

Quadro 32- Comportamentos hipossexuais: Comparação entre os quatro sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank
hiposex	Fnd	8	18,44
	Fnn	8	16,00
	Fdd	8	22,63
	Fdn	8	8,94
	Total	32	

Há diferenças significativas ($p < 0.05$) entre os diferentes subgrupos.

Os resultados mostram diferenças entre o subgrupo FDD e o FDN ($p < 0.05$), sugerindo que as entrevistadas com um filho adolescente com D.M. imaginam os adolescentes com D.M. com mais comportamentos hipossexualizados do que os adolescentes normais (Quadro 33).

Quadro 33- Comportamentos hipossexuais: Comparação entre dois sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hiposex	fdd	8	11,31	90,50
	fdn	8	5,69	45,50
	Total	16		

3.2 A intensidade da sexualidade dos adolescentes: seu papel na distinção entre anjos, normais e monstros

Foi nosso objectivo compreender se algum dos três níveis de intensidade - hipersexualizado, normassexualizado e hipossexualizado - desempenha um papel especialmente importante na determinação do tipo de representações.

Assim, começámos por analisar as diferenças existentes ao nível dos anjos, normais e monstros em relação aos comportamentos hipossexualizados. Os resultados (Quadro 34) indicaram que a diferença entre os 3 grupos é de ($p < 0.001$).

Quadro 34- Comparação dos comportamentos hipossexuais por tipo de sexualidade

	Tipos de sexualidade	N	Mean Rank
hiposex/Tot	Anjo	11	27,00
	Normal	10	16,50
	Monstro	11	6,00
	Total	32	

Verifica-se que essas diferenças ocorreram entre todos os pares (Quadros 35, 36, 37): entre os anjos e os normais, entre normais e monstros e entre anjos e monstros e que os anjos têm mais comportamentos hipossexualizados que os normais e os monstros, como seria de esperar.

Quadro 35- Comparação dos comportamentos hipossexuais por tipo de sexualidade (dois a dois)

	Tipos de sexualidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hiposex	anjo	11	16,00	176,00
	normal	10	5,50	55,00
	Total	21		

Quadro 36- Comparação dos comportamentos hipossexuais por tipo de sexualidade (dois a dois)

	Tipos de sexualidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hiposex	anjo	11	17,00	187,00
	monstro	11	6,00	66,00
	Total	22		

Quadro 37- Comparação dos comportamentos hipossexuais por tipo de sexualidade (dois a dois)

	Tipos de sexualidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
hiposex	normal	10	16,50	165,00
	monstro	11	6,00	66,00
	Total	21		

Analisámos seguidamente as diferenças, no que se refere aos comportamentos hipersexualizados. Os resultados (Quadro 38) indicam que há diferenças significativas ($p<0.05$) entre os três grupos.

Quadro 38- Comparação dos comportamentos hipersexuais por tipo de sexualidade

	Tipos de sexualidade	N	Mean Rank
hipersex	Anjo	11	10,91
	Normal	10	17,40
	Monstro	11	21,27
	Total	32	

Esta diferença torna-se evidente apenas entre os anjos e os monstros ($p<0.05$), sendo os monstros vistos com mais comportamentos hipersexualizados que os anjos (Quadro 39).

Quadro 39- Comparação dos comportamentos hipersexuais por tipo de sexualidade (dois a dois)

	Tipos de sexualidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Hipersex	Anjo	11	8,18	90,00
	Monstro	11	14,82	163,00
	Total	22		

De uma forma geral, estes dois resultados sugerem que os anjos, os normais e os monstros se distinguem mais pelos comportamentos hipossexualizados que pelos hipersexualizados.

3.3 Anjos, normais e monstros: comparação entre grupos e subgrupos de entrevistadas

Procurámos verificar se diferentes grupos e subgrupos de entrevistadas têm representações globais significativamente diferentes acerca da sexualidade dos adolescentes. Seguidamente, procurámos também saber se as representações sobre a sexualidade dos adolescentes normais são diferentes das representações sobre os adolescentes com D.M. .

Os resultados mostram que há diferenças significativas ($p<0.05$) entre os 4 grupos de entrevistadas (Quadro 40).

Quadro 40- Classificação da sexualidade dos adolescentes em anjos, normais e mosntros: comparação entre os sub-grupos de entrevistadas

	Sub-grupos	N	Mean Rank
Anjos, normais e monstros	fnd	8	14,56
	fnn	8	17,00
	fdd	8	10,38
	fdn	8	24,06
	Total	32	

Esta diferença ($p<0.05$) verifica-se entre o subgrupo FDD e o subgrupo FDN (Quadro 41), revelando que as entrevistadas com um filho adolescente com D.M. têm uma representação dos adolescentes com D.M. como mais anjos do que os adolescentes normais.

Quadro 41- Classificação da sexualidade dos adolescentes em anjos, normais e mosntros: comparação entre dois sub-grupos de entrevistadas

	Mães de filhos c/ D.M.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Anjos, normais e monstros	Fdd	8	5,69	45,50
	Fdn	8	11,31	90,50
	Total	16		

Estes resultados poderão ser explicados pela maior proximidade psicológica das entrevistadas em relação aos adolescentes com D.M. do que em relação aos adolescentes normais, o que as leva a identificar os primeiros com o seu próprio filho também adolescente com D.M., atribuindo-lhes mais a representação de anjo.

Encontrámos diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$) entre os grupos D e N. Os resultados sugerem que os adolescentes com D.M. são mais representados como anjos que os adolescentes normais (Quadro 42).

Quadro 42- Classificação da sexualidade dos adolescentes em anjos, normais e mosntros: comparação entre adolescentes com D.M. e normais

	Adolescentes com D.M. e normais	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Anjos, normais e monstros	D	16	12,47	199,50
	N	16	20,53	328,50
	Total	32		

3.4 O papel das explicações intrínsecas e extrínsecas

Com o objectivo de analisar o contributo que as explicações intrínsecas e extrínsecas têm na visão da sexualidade dos adolescentes, comparámos os

resultados da classificação das entrevistadas acerca da intensidade da sexualidade dos adolescentes - hipossexualizados, normativos e hipersexualizados - com os resultados encontrados quando se considera, para além desta classificação, as explicações intrínsecas e extrínsecas.

Verificámos que em todos os níveis de intensidade há diferenças altamente significativas ($p<0.001$) relativamente à classificação com intrínseco / extrínseco (Quadros 43, 44, 45). As explicações I/E contribuem para acentuar a visão da sexualidade dos adolescentes já patente quando se considera apenas a classificação quanto à intensidade.

Quadro 43- Comparação dos comportamentos normativos, sem e com as explicações I/E

		Mean	N
Pair 1	Knormais	21,69	32
	knormais+(i/e normais)	33,72	32

Quadro 44- Comparação dos comportamentos hipersexualizados, sem e com as explicações I/E

		Mean	N
Pair 1	Khipersexualizado s	18,28	32
	khipersx+(i/e hiper)	22,94	32

Quadro 45- Comparação dos comportamentos hipossexuais, sem e com as explicações I/E

		Mean	N
Pair 1	K hipossexualizados	7,56	32
	khiposx+(i/e hipo)	11,38	32

Comparámos, finalmente, os resultados dos dois processos de classificação, sem e com explicações intrínsecas e extrínsecas, em relação ao total dos comportamentos (hipossexualizados, normativos e hipersexualizados). Os resultados (Quadro 46) revelaram diferenças altamente significativas ($p<0.01$).

Quadro 46- Comparação do conjunto de comportamentos (normativos, hipersexualizados e hiposexualizados), sem e com as explicações I/E

Pair 1	Total k Hiper(i/e), Norm(i/e) e Hipo(i/e) norm+hiper+hipo	Mean	N
		47,53	32
		68,03	32

A consideração das explicações aumenta o valor da média de cada um dos comportamentos.

Em suma, a visão da sexualidade dos adolescentes ora como reduzida, deficitária e infantil, ora como normativa, ora como excessiva e descontrolada, é acentuada pelas explicações intrínsecas referidas pelas entrevistadas.

3.4.1 O papel das explicações intrínsecas e extrínsecas por grupos de entrevistadas.

À semelhança do que se apresentou no ponto anterior, procura-se seguidamente verificar até que ponto a consideração das explicações intrínsecas (I) e extrínsecas (E) afectam a representação que as entrevistadas têm sobre a sexualidade dos adolescentes (avaliadas apenas através da visão sobre a intensidade da sexualidade). Nesta rubrica analisámos esta questão não para o conjunto total das entrevistadas como anteriormente, mas para cada um dos grupos de entrevistadas.

Em relação ao grupo de entrevistadas que têm um filho adolescente normal ou com deficiência mental e que se pronunciam, respectivamente, sobre os adolescentes normais ou com deficiência mental (M), o Quadro 47 apresenta os resultados obtidos:

Quadro 47 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), nas entrevistas das mães

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-1,291	-3,414	-2,903
Asymp. Sig. (2-tailed)	,197	,001	,004

a Ordens negativas

b Wilcoxon Signed Ranks Test

- Comportamentos normativos: a diferença entre a classificação sem e com I/E é altamente significativa ($p<0.01$) e que as explicações (I/E) apresentadas pelas entrevistadas deste grupo contribuem para uma visão da sexualidade dos adolescentes como mais normal ;

- Comportamentos hipossexualizados: a diferença entre a classificação com e sem I/E é altamente significativa ($p<0.01$) e que, tal como nas situações precedentes, as explicações apresentadas pelas entrevistadas do grupo M contribuem para uma visão da sexualidade dos adolescentes como mais reduzida, deficitária, infantil. Concluímos, a partir destes resultados, que as explicações I/E contribuem, nestas entrevistadas, para acentuar a construção da visão da sexualidade dos adolescentes já patente quando se considera apenas a sua intensidade. Mais, no que se refere à visão excessiva, desmesurada, esta não é afectada pelas explicações I/E, o que sugere um equilíbrio entre as explicações I e E quanto aos comportamentos hipersexualizados por parte do grupo de entrevistadas M.

Em seguida analisámos estas diferenças no que se refere ao grupo n-M (entrevistadas que responderam sobre adolescentes diferentes dos seus filhos, quanto à presença ou ausência de deficiência mental). Os resultados revelam-nos que essas diferenças se situam nos comportamentos hipersexualizados ($p<0.05$) e de forma ainda mais significativa ($p<0.01$) nos comportamentos normativos e nos comportamentos hipossexualizados (Quadro 48).

Quadro 48 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), nas entrevistas das não-mães

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-2,160	-3,301	-3,200
Asymp. Sig. (2-tailed)	,031	,001	,001

a Ordens negativas
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Estes resultados sugerem que a visão da sexualidade dos adolescentes ora como infantil, deficitária e reduzida, ora como normal, ora como excessiva, desmesurada e imprópria é ainda mais acentuada se tivermos em conta estas explicações. Confrontando estes níveis de significância com os das M, as n-M parecem ter uma perspectiva da hipersexualidade mais ligada a factores intrínsecos do que extrínsecos do que as M.

Continuámos a nossa análise agora relativamente ao grupo de entrevistadas com um filho com D.M. (FD). Em termos de resultados, verifica-se que apenas no comportamento hipersexualizado a consideração das explicações I/E não é significativa, isto é, estas entrevistadas constroem uma visão da sexualidade dos adolescentes como excessiva e descontrolada independentemente do tipo de factores a que atribuem tais excessos. Em contraste, nas duas outras categorias de intensidade dos comportamentos sexuais, os resultados indicam diferença altamente significativas ($p < 0.01$), contribuindo as explicações I/E para reforçar a visão da sexualidade dos adolescentes. Aliás, o mesmo acontece relativamente às mães em geral (Quadro 49).

Quadro 49 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), nas entrevistas das mães de adolescentes com deficiência mental

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-1,641	-3,298	-2,802
Asymp. Sig. (2-tailed)	,101	,001	,005

a Ordens negativas
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Analisámos a seguir as diferenças relativamente ao grupo de entrevistadas com um filho normal (FN). Os resultados mostram que as diferenças se situam nos três níveis de intensidade: comportamentos hipossexualizados ($p<0.01$), nos comportamentos normativos ($p<0.01$) e nos comportamentos hipersexualizados ($p<0.05$) .

Através das diferenças encontradas, podemos concluir que a visão da sexualidade dos adolescentes destas entrevistadas é também reforçada pelas explicações sobre essa sexualidade (Quadro 50).

Quadro 50 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), nas entrevistas das mães de adolescentes normais

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-1,961	-3,414	-3,313
Asymp. Sig. (2-tailed)	,050	,001	,001

a Ordens negativas
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Relativamente a estes dois últimos grupos de entrevistadas, nas mães com filhos normais as explicações quanto aos determinantes da sexualidade parecem ter um papel mais importante. De facto, quanto aos comportamentos hipersexualizados, só estas dão preponderância à origem intrínseca desse excesso.

3.4.2 Explicações I e E para a sexualidade dos adolescentes normais e com D.M.

Retomámos a análise agora relativamente ao grupo de adolescentes com deficiência mental (D). Em termos de resultados (Quadro 51), verificámos diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos normativos ($p<0.01$) e hipossexualizados ($p<0.01$).

Quadro 51 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), dos comportamentos sexuais dos adolescentes com deficiência mental

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-,541	-3,297	-2,933
Asymp. Sig. (2-tailed)	,589	,001	,003

a Ordens negativas

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Verificámos igualmente que a visão dos comportamentos sexuais dos adolescentes com deficiência mental como excessivos, descontrolados e impróprios não é afectada pelas explicações intrínsecas e extrínsecas, ou seja, quando a sexualidade é vista como intensa, a consideração da natureza (origem) I ou E não introduz acentuação ou atenuação significativa.

Relativamente ao grupo de adolescentes normais (N), os resultados (Quadro 52) indicam diferenças altamente significativas em relação a cada um dos 3 níveis de intensidade dos comportamentos ($p < 0.01$).

Quadro 52 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), dos comportamentos sexuais dos adolescentes normais

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-2,669	-3,411	-3,187
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008	,001	,001

a Ordens negativas

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Estes resultados permitem afirmar que a visão do comportamento sexual dos adolescentes normais ora como deficitário e infantil, ora como normal, ora como desmesurado, excessivo e descontrolado, é ampliada pelas explicações referidas pelas entrevistadas, ou seja, para os adolescentes normais também a visão de uma sexualidade exagerada é afectada pela natureza intrínseca/extrínseca das explicações.

3.5 O papel das explicações intrínsecas/extrínsecas nas representações de anjo, normal e monstro

Passamos à comparação dos resultados sem e com explicações intrínsecas e extrínsecas, para cada um dos níveis de intensidade sexual - hipossexualizados, normativos e hipersexualizados - relativamente aos anjos, normais e monstros.

Quer nos anjos, quer nos normais, verificam-se diferenças significativas (Quadros 53 e 54) apenas para os comportamentos normativos e para os comportamentos hipossexualizados ($p<0.01$) e a consideração das explicações I/E torna mais elevado o valor destes comportamentos.

Quadro 53 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), nos adolescentes "anjos"

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-,307	-2,758	-2,674
Asymp. Sig. (2-tailed)	,759	,006	,007

- a Ordens positivas
- b Ordens negativas
- c Wilcoxon Signed Ranks Test

Quadro 54 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), nos adolescentes "normais"

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-1,660	-2,677	-2,677
Asymp. Sig. (2-tailed)	,097	,007	,007

- a Ordens negativas.
- b Wilcoxon Signed Ranks Test

O facto de não termos verificado diferenças significativas relativamente aos comportamentos hipersexualizados sugere que, no caso dos anjos e normais, há um equilíbrio entre as explicações I/E quanto a estes comportamentos.

Terminamos com a comparação entre os dois processos de classificação no que se refere aos monstros (Quadro 55).

Quadro 55 - Comparação entre a classificação com e sem as razões intrínseca/extrínsecas, em cada nível de intensidade (hiper, normais e hipo), nos adolescentes "monstros"

	Comportamentos hipersexualizados	Comportamentos normais	Comportamentos hipossexualizados
Z	-2,504	-2,809	-2,558
Asymp. Sig. (2-tailed)	,012	,005	,011

a Ordens negativas

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Os resultados revelam que há diferenças significativas nos comportamentos hipersexualizados ($p<0.05$), nos comportamentos normativos ($p<0.01$) e nos comportamentos hipossexualizados ($p<0.05$) e que a consideração das explicações I/E reforça a visão já manifesta na classificação quanto à intensidade da sexualidade dos adolescentes, devido ao predomínio das explicações intrínsecas.

Em síntese, ao analisarmos o contributo das explicações intrínsecas e extrínsecas em relação às diferentes representações da sexualidade dos adolescentes, verificamos que estas ajudam a diferenciar os monstros dos outros dois grupos, uma vez que enfatizam (acentuam) as características excessivas e desmesuradas do primeiro grupo e não nos outros dois.

3.6 A análise comparativa das explicações I e E nos níveis extremos de intensidade sexual

Recorremos de novo à aplicação do T-Test para comparar a proporção de razões intrínsecas nos comportamentos hipo e hipersexualizados e a proporção de razões extrínsecas nesses dois níveis de sexualidade. Verifica-se que quer em relação às explicações intrínsecas, quer em relação às explicações extrínsecas, a diferença entre os comportamentos hipossexualizados e os hipersexualizados é altamente significativa ($p<0.01$), tornando evidente que estas contribuem mais para aumentar o valor dos comportamentos hipersexualizados do que dos hipossexualizados.

Em suma, quer as explicações intrínsecas, quer as extrínsecas contribuem mais para aumentar o valor dos comportamentos hipersexualizados que dos hipossexualizados (Quadro 56).

Quadro 56- Distribuição das explicações I/E em relação aos comportamentos hipersexualizados, e hipossexualizados

		Mean	N
Pair 1	hipoin/tintr	,1751	32
	hiperin/tintr	,3332	32
Pair 2	hipoex/textr	,1289	32
	hiperex/textr	,4936	32
Pair 3	hipoin/tintr	,1751	32
	hipoex/textr	,1289	32
Pair 4	hiperin/tintr	,3332	32
	hiperex/textr	,4936	32

Analisámos, seguidamente, as diferenças entre as explicações intrínsecas e extrínsecas em relação quer aos comportamentos hipossexualizados, quer aos hipersexualizados. Os resultados indicam que apenas em relação aos comportamentos hipersexualizados, a diferença entre as explicações intrínsecas e extrínsecas é altamente significativa ($p<0.01$), mostrando que as explicações extrínsecas contribuem mais para o valor dos comportamentos hipersexualizados que as explicações intrínsecas.

A partir destes últimos resultados, observámos que as explicações extrínsecas são preponderantes, relativamente às intrínsecas, nas representações da sexualidade como excessiva, descontrolada. Note-se que, apesar de as explicações extrínsecas atenuarem a intensidade atribuída à sexualidade, ainda assim estas representações apresentam um carácter excessivo.

Nas representações da sexualidade dos adolescentes como "angélica", as explicações extrínsecas não assumem a mesma preponderância relativamente às intrínsecas, ou seja, neste tipo de representação, o seu papel enquanto atenuadoras não é especialmente significativo.

Capítulo 7 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procuraremos sistematizar, o contributo dos resultados do estudo empírico para os objectivos a que nos propusemos.

O primeiro objectivo formulado para este estudo era o de identificar os principais aspectos das representações das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes. Destacaremos os contributos dos resultados obtidos em relação a este objectivo. Antes, porém, salientaremos as virtualidades da abordagem metodológica adoptada para a consecução dos nossos objectivos.

Em primeiro lugar destacamos a entrevista. Construída com o objectivo de explorar a perspectiva das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes, revelou-se um instrumento eficaz, com boas potencialidades na estimulação desta temática. De uma forma geral, as entrevistas forneceram uma informação rica e variada sobre a perspectiva das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes.

Um segundo aspecto diz respeito aos sistemas de categorização elaborados com base na análise de conteúdo das entrevistas. Construíram-se cinco sistemas para a categorização dos comportamentos sexuais dos adolescentes por tipo e subtipo, por presença e ausência e por adequação e inadequação, e sistemas para a categorização da intensidade e da origem da sexualidade dos adolescentes. Estes sistemas permitiram identificar, duma forma precisa* e rigorosa, diferentes categorias e subcategorias de indicadores das representações das entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes. Todos os outros resultados do estudo basearam-se na definição destas categorias.

O sistema de categorização dos comportamentos sexuais dos adolescentes por tipo e subtipo, permitiu identificar uma variedade de comportamentos que na perspectiva das entrevistadas os adolescentes revelam. O conjunto de comportamentos referidos correspondem, de forma geral, àquilo que tem sido referenciado pela literatura sobre a temática dos comportamentos sexuais, oferecendo, assim, validade empírica a essa literatura e adquirindo maior relevância científica.

A aplicação da grade de categorização dos diferentes tipos e subtipos de

* Precisão confirmada pelo elevado acordo intra-sujeitos.

comportamentos sexuais, construída através do recurso a uma estratégia de análise de conteúdo mista, teve uma função clarificadora e organizadora dos dados e revelou-se um instrumento útil e eficaz ao prosseguimento do estudo.

Quanto ao sistema de categorização dos comportamentos sexuais como adequado e inadequado, de maior interesse para o esclarecimento e compreensão da problemática em estudo foi o ter revelado a dimensão subjectiva dos critérios utilizados pelas entrevistadas para a classificação dos comportamentos sexuais como inadequados. Dos três sistemas de categorização relativos aos comportamentos sexuais, foi o que teve o papel mais importante na caracterização das representações.

A distinção dos comportamentos sexuais como presentes e ausentes exerceu um papel determinante na elucidação das representações sobre a sexualidade dos adolescentes.

Relativamente às explicações apresentadas pelas entrevistadas para justificar os comportamentos sexuais, o facto de se ter utilizado uma entrevista semi-estruturada e não um questionário de perguntas fechadas, proporcionou uma diversidade e uma riqueza de informação de tal ordem que a sua categorização através duma estratégia de análise de conteúdo indutiva levou à emergência de dois sistemas de categorização: um àcerca do nível de intensidade e outro acerca da origem das características da sexualidade dos adolescentes. O carácter emergente destes dois sistemas teve um papel crucial na determinação da configuração das representações, completando o quadro obtido com base apenas na frequência dos vários tipos e subtipos de comportamentos vistos pelas entrevistadas como caracterizando a sexualidade dos adolescentes. As explicações conferem a este quadro uma dimensão mais compreensiva, indo além da anterior imagem, mais descritiva.

O sistema de categorização da sexualidade dos adolescentes em três níveis de intensidade, ainda não tematizada pela literatura especializada, constitui, através do poder diferenciador dos seus resultados, um dos elementos mais importantes para a caracterização e compreensão das representações.

Por sua vez, o sistema de categorização da origem da sexualidade permitiu identificar e classificar os factores que determinam os comportamentos sexuais em internos (intrínsecos) ou externos (extrínsecos). A consideração da origem intrínseca ou extrínseca das manifestações sexuais permitiu introduzir importantes precisões e enriquecimentos quanto ao nível de intensidade sexual. Como vimos, a categoria intrínseca que explica os comportamentos sexuais através de factores

internos, próprios do adolescente, tende a acentuar o nível de intensidade sexual atribuído pelas entrevistadas ao comportamento do adolescente, e a considerá-lo como "autor", responsável pelas suas características. A categoria extrínseca explica os comportamentos por factores de ordem ambiental e social, que diminuem o nível de intensidade sexual atribuído pelas entrevistadas e retiram ao adolescente a "autoria", a responsabilidade nas suas características sexuais. Ao complementar o sistema de classificação das explicações por nível de intensidade, este sistema tem um papel determinante na definição das configurações das representações.

Um dos objectivos deste trabalho consistia em caracterizar as representações das entrevistadas sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes, nomeadamente procurando conhecer a variedade e a quantidade de comportamentos sexuais presentes e ausentes, adequados e inadequados que as entrevistadas referem em relação aos adolescentes. Dos resultados obtidos, começaremos por salientar que a variedade de comportamentos sexuais referidos pelas entrevistadas foi grande. Com efeito, a análise qualitativa dos dados permitiu identificar dez tipos e doze subtipos de comportamentos sexuais distintos. Dos dez tipos, sete correspondem a comportamentos previstos no guião da entrevista e três a comportamentos emergentes, não previstos. São eles, o conhecimento sexual, os comportamentos de conquista de autonomia e os comportamentos de auto-afirmação. Dos doze subtipos, quatro são emergentes: a comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo, as fantasias sexuais, os comportamentos de sedução e a prostituição. Nesta grande variedade de tipos e subtipos, estão incluídos entre outros a) comportamentos sexuais que requerem, para a sua realização apenas a participação do adolescente e outros que requerem a interacção com outra pessoa; b) comportamentos através dos quais os adolescentes procuram a descoberta das suas capacidades eróticas ou uma maior intimidade afectivo-sexual com outrem; c) comportamentos que implicam envolvimento amoroso; d) comportamentos sexuais socialmente inaceitáveis e e) comportamentos que não sendo *in stricto sensu* sexuais, contribuem para a sua realização.

Toda esta diversidade de comportamentos, encontrada a partir da análise de conteúdo, tem sido valorizada pela literatura e investigação sobre a sexualidade dos adolescentes (Brooks - Gunn & Furstenberg, 1989; White & DeBlassie, 1992 ; Moore & Rosenthal, 1993), o que garante a sua relevância para o estudo do nosso problema. Mais especificamente, esta variedade de tipos e

subtipos de comportamentos sexuais irá estar na base da identificação e diferenciação das representações sobre a sexualidade dos adolescentes. Quanto à quantidade de tipos e subtipos, a maioria são comportamentos presentes adequados, mas um quarto são comportamentos ausentes e cerca de vinte por cento são inadequados. Estes resultados significam que as entrevistadas consideram que a maioria dos adolescentes tem uma vida sexual activa e socialmente adequada.

Um outro objectivo consistia em identificar padrões de representações sobre a sexualidade dos adolescentes com base nos comportamentos referidos pelas entrevistadas na sua classificação quanto à adequação/inadequação desses comportamentos, bem como às explicações por elas aduzidas para os diversos comportamentos. Os resultados revelaram que quer em relação ao conjunto dos comportamentos presentes, quer em relação ao conjunto dos comportamentos adequados, os comportamentos exploratórios de natureza sexual e os comportamentos sócio sexuais foram os mais referidos, embora neste último caso essencialmente devido aos comportamentos sexualizados. Um pouco menos referido que os anteriores, surgiram os comportamentos auto-eróticos, com o subtipo masturbação como principal responsável pela expressão do seu resultado. Estes resultados mostram que as entrevistadas consideram que a actividade sexual adequada dos adolescentes tem características predominantemente exploratórias e que mesmo que envolva interações afectivo-sexuais com um parceiro, estas são pouco íntimas. Não excluem, no entanto, a possibilidade de, em simultâneo, apresentarem manifestações auto-eróticas. Esta caracterização da actividade sexual dos adolescentes construída a partir das informações das entrevistadas remete-nos para a fase inicial da adolescência e, portanto, para uma certa imaturidade psicosssexual dos adolescentes mais velhos.

Em relação ao conjunto dos comportamentos ausentes, os comportamentos exploratórios de natureza sexual são os mais referidos pelas entrevistadas, seguidos pelos comportamentos auto-eróticos e, de muito perto, pelos comportamentos sexuais desviantes e comportamentos sócio-sexuais. A análise destes resultados leva-nos a colocar a hipótese de que a maior saliência dos comportamentos exploratórios e auto-eróticos seja devida à maior frequência que lhe é atribuída por entrevistadas em que a tendência à dessexualização, à angelização é maior, ou então por outras entrevistadas que consideram estes comportamentos como já desenvolvimentalmente ultrapassados. De qualquer modo a menor expressividade de comportamentos como comportamentos sexuais

desviantes e comportamentos sócio-sexuais, indica-nos que as entrevistadas reconhecem que a maioria dos adolescentes manifestam estes comportamentos, uma vez que só uma minoria não os apresenta.

Em relação ao conjunto dos comportamentos inadequados, os comportamentos sócio-sexuais foram os mais referidos pelas entrevistadas, a uma considerável distância dos comportamentos sexuais desviantes. Esta saliência dos comportamentos sócio-sexuais, em grande parte devida aos subtipos agarração e relações sexuais, leva-nos a colocar a hipótese de que as entrevistadas os inadequam mais pelo risco duma paternidade indesejada para o adolescente do que pelo risco de contágio duma doença sexualmente transmissível ou pelos preconceitos, sentimentos e valores negativos que os possam envolver, se considerarmos a pouca importância que atribuem aos comportamentos homossexuais. Ao compararmos os comportamentos considerados inadequados na perspectiva das entrevistadas com a da investigadora, verificamos que há uma diferença significativa. Para as entrevistadas os comportamentos sócio-sexuais são os comportamentos inadequados mais frequentes e para a investigadora são os menos frequentes e apenas devido aos comportamentos sexualizados, sendo para esta os comportamentos sexuais desviantes os mais frequentes.

Esta diferença poderá ser explicada pelos diferentes critérios usados pelas entrevistadas e pela investigadora para a classificação destes comportamentos como adequados/inadequados. A investigadora ao basear-se na literatura que considera os comportamentos sócio-sexuais como um fenómeno normativo da adolescência, não obstante as diferenças encontradas nas diferentes investigações quanto à sua iniciação ou incidência (Ford & Morgan, 1988; Lucas, 1993; Menezes, 1990; Miguel & Vilar, 1987; Moore & Rosenthal, 1993), inadequa apenas os comportamentos sexualizados pela forma impulsiva, não consentida como são manifestados (Ochoa, 1991); pelo contrário, as entrevistadas provavelmente ao basearem-se nos seus sentimentos, valores, preconceitos e opiniões influenciadas pela moral judaico-cristã ou no medo dos riscos da ocorrência duma paternidade indesejada, consideram estes comportamentos como próprios dos adultos e, portanto, inadequados para os jovens destas idades.

A análise da segunda diferença encontrada revela-nos que a investigadora inadequa mais os comportamentos de auto-afirmação que as entrevistadas. Recorde-se que no presente estudo, sempre que este comportamento é classificado de inadequado, corresponde ao comportamento de exibicionismo

sexual. Esta maior frequência atribuída pela investigadora que pelas entrevistadas a este comportamento poder-nos-á ajudar a clarificar qual é o aspecto que é mais valorizado como critério de inadequação de um comportamento quer pela primeira, quer pelas segundas, se a relacionarmos com os resultados obtidos no ponto anterior. Enquanto a investigadora mantém o desvio às normas legais e sociais que regulam a actividade sexual referida nas investigações (Hawk ; Rosenfeld & Waren, 1993 ; Klimecki ; Jenkinson & Wilson, 1994) para inadequar este comportamento, as entrevistadas, pelo contrário, uma vez que este comportamento não representa riscos nem da ocorrência duma paternidade indesejada nem da transmissão de uma DST, parecem subvalorizar a sua condenação por desvio às normas morais, sociais e legais, atribuindo-lhe uma frequência menor. Donde se pode concluir que as entrevistadas parecem valorizar mais os riscos da ocorrência duma paternidade indesejada durante a fase da adolescência para inadequar um comportamento sexual, que os danos morais e sociais (atentado ao pudor) ou danos físicos e psicológicos que provocam.

Era também nosso objectivo analisar eventuais diferenças quanto às representações sobre a sexualidade dos adolescentes (tanto a nível dos comportamentos sexuais referidos como das explicações), quer entre os grupos de entrevistadas com maior e com menor proximidade psicológica dos adolescentes (mães) e (não-mães), quer entre os grupos de entrevistadas com filhos com deficiência mental e com filhos normais. Dos resultados obtidos para responder a este objectivo, começaremos por analisar e interpretar as diferenças significativas, primeiro entre os grupos de entrevistadas com maior e menor proximidade psicológica dos adolescentes (mães e não-mães) e, em seguida, entre entrevistadas com um filho adolescente com D.M. que responderam sobre os adolescentes em geral e entrevistadas com um filho adolescente normal que responderam sobre os adolescentes em geral.

A comparação entre o grupo de mães e de não-mães pretendia esclarecer a influência que a condição da proximidade psicológica (ser ou não ser mãe) tinha nas representações sobre a sexualidade dos adolescentes. Os resultados indicaram que em relação aos tipos e subtipos de comportamentos presentes adequados, as mães imaginavam que os adolescentes tinham menos comportamentos sócio-sexuais, nomeadamente comportamentos sexualizados, e mais comportamentos de conquista de autonomia que as não-mães, ou seja, as mães reconheciam menos (ou negavam mais) que as não-mães os investimentos

afectivo-sexuais autonomizantes dos adolescentes, embora reconhecessem mais os seus desejos de autonomia.

Este menor reconhecimento das interacções afectivo-sexuais dos adolescentes por parte das mães que das não-mães poder-se-á explicar pela maior proximidade psicológica destas, criada pela identidade de características entre os adolescentes sobre os quais se pronunciaram (representados) e os seus próprios filhos, o que as parece levar a idealizá-los, a dessexualizá-los, mais que as não-mães, tal como o fazem com os seus próprios filhos.

Esta representação infantilizada, idealizada por parte das mães da vida sexual dos filhos tem sido referida por diversas investigações, numa forma mais intensa nos adolescentes com D.M. (Vauris, 1992 ; Giami, 1996) e menos intensa nos adolescentes normais (Costa, 1998; Moore & Rosenthal, 1993).

Quanto ao maior reconhecimento das mães que das não-mães dos desejos de autonomia dos adolescentes, em nada contradiz a hipótese interpretativa anterior, uma vez que, recordamos, grande parte dos indicadores que constituem este tipo de comportamento no nosso estudo diz respeito à luta contra a invasão da privacidade física e emocional do adolescente face a uma mãe demasiado intrusiva e controladora ou super-protectora do seu espaço emocional privado.

Em relação ao contributo das explicações intrínsecas e extrínsecas para as representações da sexualidade dos adolescentes elaboradas pelas mães e pelas não-mães, os resultados evidenciaram que, enquanto as apresentadas pelas mães apenas acentuam de um modo significativo as manifestações sexuais (comportamentos sexuais) dos adolescentes vistos quer como normais, quer como infantis, as intrínsecas/extrínsecas apresentadas pelas não-mães acentuam de um modo significativo tanto as manifestações sexuais (comportamentos sexuais) dos adolescentes vistos como normais ou infantis, como também os vistos como impróprios e excessivos. É precisamente esta visão dos comportamentos sexuais dos adolescentes como exagerados, descontrolados e impróprios (hipersexualizados), mais determinada por factores intrínsecos que extrínsecos, que distingue as mães das não-mães. Esta diferença poderá sugerir tal como a anterior que a maior proximidade psicológica das mães que das não-mães dos adolescentes representados proporciona a identificação destes com o seu próprio filho e, conseqüentemente, a construção duma visão da sua sexualidade quer dessexualizada, quer normal, atribuindo a "culpa, a "autoria" de qualquer comportamento sexual descontrolado, exagerado ou impróprio destes a factores externos que lhes são alheios.

Debruçamo-nos, em seguida, sobre a análise das diferenças das representações sobre a sexualidade dos adolescentes entre as entrevistadas com um filho adolescente com D.M. e as entrevistadas com um filho adolescente normal que responderam sobre a sexualidade dos adolescentes em geral. Procurávamos, com esta análise, poder vir a conhecer a influência que tinha no tipo de representações construídas por estas entrevistadas, (mães de adolescentes) a condição de ter um filho com D.M. ou normal. Os resultados revelaram que, em relação aos tipos e subtipos de comportamentos sexuais adequados, as mães com um filho adolescente com D.M. viam todos os adolescentes (com e sem D.M.) com mais comportamentos auto-eróticos e menos comportamentos sócio-sexuais, especificamente comportamentos de agarração do que as mães com um filho adolescente normal. Supomos que estas diferenças são devidas ao diferente modo como estes dois grupos de mães vêem, interpretam e vivenciam a actividade sexual do próprio filho, e que atribuem, depois, aos outros adolescentes. Esta atribuição aos adolescentes dos comportamentos sexuais que vêem nos seus próprios filhos adolescentes, pode ser explicada pela ancoragem, processo de construção das representações referido por Moscovici (1961, 1981) que permite às entrevistadas interpretar uma realidade sexual para elas distante, diferente da do seu próprio filho, a partir de uma realidade sexual que lhe é familiar, que é a do seu próprio filho. Na literatura sobre esta temática, apenas os resultados do estudo de Gebhard (1979), que mostram que as carícias atrevidas (agarração) são mais frequentes (95%) nas pessoas normais que nas pessoas com D.M. (77%), parecem estar de acordo com as diferentes experiências subjectivas das mães relativamente à actividade sexual do seu filho adolescente e manifestada na visão que têm da actividade sexual dos adolescentes em geral.

Já os resultados do estudo de Lleror, citado por Marin et al. (1993), relativo a cada um dos subtipos que compõem os comportamentos auto-eróticos, poderão, aparentemente, suscitar algumas dúvidas às hipóteses interpretativas que têm vindo a ser enunciadas, uma vez que referem que nos adolescentes com D.M. as fantasias têm uma incidência menor que nos adolescentes normais e que a masturbação é igual em ambos. No entanto, pensamos que a expressão destes comportamentos, por ser mais visível, menos privada, menos sigilosa, mais pública, mais perceptível, mais denunciável, mais divulgada nos adolescentes com D.M. que nos adolescentes normais poderá ter induzido as entrevistadas a considerá-los como mais frequentes nos primeiros que nos segundos.

Em relação ao contributo das explicações intrínsecas e extrínsecas para as representações da sexualidade dos adolescentes em geral, os dois grupos distinguem-se apenas pela visão excessiva, imprópria da sexualidade (comportamentos hipersexualizados) dos adolescentes. Enquanto no grupo das mães de adolescentes com D.M. esta visão não é afectada pelas explicações intrínsecas ou extrínsecas, o que sugere um equilíbrio entre elas, no grupo das mães de adolescentes normais esta não só é afectada como, em contraste com as primeiras (mães com filhos com D.M.), o seu carácter excessivo, desmesurado e impróprio é considerado, por estas mães, como tendo uma origem predominantemente intrínseca, isto é, como fazendo parte da natureza do próprio adolescente. Estes resultados sugerem que as mães com adolescentes com D.M. atribuem qualquer manifestação excessiva, descontrolada ou imprópria a factores externos ao próprio adolescente. Mais uma vez, é possível notar nestas mães, mais que nas mães com adolescentes normais, uma maior tendência à idealização, à dessexualização e à desculpabilização dos comportamentos sexuais dos adolescentes.

Em síntese, a condição de ter um filho adolescente com D.M. ou normal fez com que as entrevistadas representassem a actividade sexual dos adolescentes em geral de um modo diferente, possivelmente devido, como anteriormente se tentou demonstrar, à diferente experiência subjectiva que têm da actividade e realidade sexual dos seus próprios filhos adolescentes.

A análise das diferenças significativas entre as representações sobre a sexualidade (tanto a nível dos comportamentos sexuais como das explicações relativas a estes) dos adolescentes com D.M. e as dos adolescentes normais constituía o outro objectivo do nosso estudo. Pretendíamos, com este objectivo, conhecer a influência que tem a característica do adolescente/objecto representado ter deficiência mental ou ser normal sobre as características das representações elaboradas. O primeiro resultado significativo revelou que todas as entrevistadas consideraram que os adolescentes com D.M. tinham menos comportamentos sexuais que os adolescentes normais, isto é, eram sexualmente menos activos que estes.

É possível que na base desta menor actividade sexual dos adolescentes com D.M. esteja a ideia das entrevistadas de que há uma carência na sua sexualidade idêntica à da sua deficiência mental, já assinalada por Loperfido (1988) ou a de que, ao permanecerem eternas crianças (Craft, 1987), a sua sexualidade permanecera também infantil.

Esta menor actividade sexual atribuída ao adolescente com D.M. tem, no entanto, sido confirmada por todos os estudos realizados relativos à incidência de cada um dos seus diferentes comportamentos sexuais, referida ao longo do capítulo três, devido, predominantemente, mais a contingências externas que internas.

No conjunto dos comportamentos sexuais adequados encontraram-se diferenças significativas apenas no tipo "comportamentos auto-eróticos" e nos subtipos "comparação do seu corpo com o do outro do mesmo sexo" e "namoro". Quanto ao primeiro comportamento, todas as entrevistadas imaginaram que os adolescentes com D.M. tinham mais comportamentos auto-eróticos que os adolescentes normais. Esta diferença na incidência destes comportamentos não foi até hoje demonstrada pela literatura. Recordamos que esta categoria dos "comportamentos auto-eróticos" no nosso estudo é constituída por duas subcategorias: "masturbação" e "fantasias sexuais".

O único estudo comparativo que encontrámos foi o de Lleror, citado por Marin et al. (1993), que mostrou que em relação às fantasias sexuais, estas são menos frequentes nos adolescentes com D.M. que nos adolescentes normais e que em relação à masturbação, esta é igualmente frequente tanto nos adolescentes com D.M. como nos adolescentes normais. É porém possível que as entrevistadas imaginem os adolescentes com D.M. com mais comportamentos auto-eróticos que os adolescentes normais devido à ocorrência da masturbação em público por parte dos adolescentes com D.M. . Ora vimos, já noutro capítulo deste trabalho, que a masturbação é a principal responsável pelos resultados do tipo "comportamentos auto-eróticos". Apesar de se desconhecer a incidência exacta da masturbação em público nos adolescentes com D. M. (Bermejo & Verdugo , 1993 ; Mitchell, 1987), 43% dos pais do estudo de Sanchez (1993) afirmaram que os filhos tinham este comportamento.

Para além da visibilidade deste comportamento nos adolescentes com D.M., não deixa de ser interessante notar que as entrevistadas imaginaram os adolescentes com D.M. a manifestar mais que os adolescentes normais um comportamento que ainda hoje é considerado por muitos como doentio, perverso, pecaminoso.

Quanto aos "comportamentos de comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" e aos "comportamentos de namoro, como curtir, namoriscar, andar com...", todas as entrevistadas imaginaram os adolescentes com D.M. com menos destes comportamentos que os adolescentes normais.

Relacionando estes resultados com o anterior, referente aos comportamentos auto-eróticos, e o facto de os "comportamentos de comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" e os "comportamentos de namoro" requererem a presença ou a participação duma outra pessoa para a sua realização, é plausível que as entrevistadas ao referirem nos adolescentes com D.M. menos destes comportamentos, estejam a pensar mais nos obstáculos que lhes são criados ao convívio social, na vigilância e controlo que é exercido sobre eles ou ainda no défice no seu desenvolvimento sócio-cognitivo (Sanchez, 1993) do que propriamente na ausência de impulsos sexuais, uma vez que a frequência dos seus comportamentos auto-eróticos chega mesmo a superar a dos adolescentes normais. Ou seja, os adolescentes com D.M. são vistos por todas as entrevistadas com uma actividade sexual menos diversificada que os adolescentes normais, com características mais auto-eróticas e solitárias e menos socializada que estes.

Em que medida é que a literatura nos poderá ajudar a compreender este facto? Todos estes comportamentos têm sido tratados pela literatura, uns com uma maior relevância que outros. Os "comportamentos de comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" têm sido pouco abordados, embora se conheça a curiosidade e o interesse que os adolescentes com D.M. têm em comparar os aspectos sexuais do seu corpo com o dos pares. O carácter exploratório destes comportamentos, a ausência de custos sociais ou as circunstâncias em que ocorrem têm, talvez, desmotivado a investigação.

A masturbação tem sido destacada em termos de investigação, uma vez que representa o comportamento sexual com maior incidência nos adolescentes com D.M. do sexo masculino (Cañas, 1993 ; Marin et al. , 1993), embora quando comparada com a dos adolescentes normais seja igual à apresentada por estes (Lleror, citado por Marin et al. , 1993). Esta elevada incidência da masturbação relaciona-se provavelmente com as diversas funções que tem para os adolescentes com D.M. : descoberta do funcionamento do seu corpo; fonte de prazer; redução da tensão; refúgio ou substituição da ausência duma relação afectivo-sexual gratificante com os pares (Belmonte, 1993). Vários estudos (Belmonte, 1993 ; Cañas, 1993) apontam para uma maior tolerância familiar e social em relação à masturbação que aos "comportamentos sócio-sexuais", o que poderá contribuir para explicar a saliência que as entrevistadas do nosso estudo atribuíram a este comportamento na actividade sexual dos adolescentes com D.M.

As fantasias sexuais mais comuns nos adolescentes com D.M. referem-se a ídolos, a pessoas suas conhecidas em relação às quais eles desenvolvem uma espécie de "paixonetas" (Katz, 1993). Embora a sua incidência seja menor que nos adolescentes normais, Lleror, citado por Marin et al. (1993), é usada por muitos adolescentes com D.M. como uma forma de substituição e compensação de necessidades afectivo-sexuais, socialmente estipuladas como inatingíveis ou inapropriadas e que são, por vezes, confundidas com o namoro, o que poderá eventualmente ajudar a esclarecer, no nosso estudo, que os adolescentes com D.M. sejam vistos com mais comportamentos auto-eróticos e menos comportamentos de namoro.

O namoro tem sido pouco estudado, pouco valorizado pela literatura da especialidade, embora se saiba que os adolescentes com deficiência mental desejam namorar (Posse & Verdeguer, 1991). Os próprios pais, no estudo de Sanchez (1993) reconheceram ter observado já nos seus filhos sentimentos de atracção amorosa e a procura de uma namorada, embora só sete por cento refiram a ocorrência de um namoro estável. Estas atracções amorosas nem sempre são por um igual, e mesmo entre os pares, os adolescentes com D.M. preferem os que são normais, uma vez que a sua valorização social não lhes passa despercebida.

As dificuldades de aproximação e de integração dos adolescentes com D.M. em relação aos pares pode levá-los a desenvolver atracções inadequadas, a sentir-se atraídos, apaixonados por adultos, por familiares (mães, irmãs, por exemplo) e por crianças mais pequenas (Bermejo & Verdugo, 1993). Estas atracções inadequadas ocorrem sobretudo em adolescentes com D.M. que sofrem de depressão e de isolamento social (Reiss & Benson, 1985) e em que as oportunidades de encontrar uma parceira são reduzidas e as competências sócio-cognitivas para analisar a situação não são suficientes. Embora pouco se conheça sobre o modo como se processa o namoro entre os adolescentes com D.M., supõe-se que apresente características diferentes (Peñuelas, 1993) das dos adolescentes normais.

Estas diferentes características manifestam-se nas relações de intimidade, principalmente a nível da troca de sentimentos (reciprocidade) e, sobretudo, da revelação pessoal mútua. Esta exige um grau razoável de auto-aceitação e uma considerável consciência de si. Ora nos adolescentes com D.M. o desenvolvimento da auto-aceitação e do auto-conhecimento faz-se com muito mais dificuldade que nos adolescentes normais (Morgenstern, 1979), uma vez que partem para a

construção da sua identidade sexual com muitas mais dúvidas e confusões (Belmonte, 1993) e sem contar com os recursos sociais daqueles: oportunidades de sair e de estabelecer relações próximas com os companheiros, maiores espaços de privacidade, etc. O mesmo acontece com o processo de construção da identidade, em que a aproximação dos pares é fundamental para estabelecer uma diferença na relação com os adultos, contribuindo para que a pessoa com D.M. elabore uma consciência de si mesmo (Peñuelas, 1993).

As maiores dificuldades sentidas pelos adolescentes com D.M. ao nível do processo de construção da identidade têm, por sua vez, repercussões no estabelecimento de relações de intimidade. Se a estas dificuldades acrescentarmos um défice no desenvolvimento sócio-cognitivo (Bermejo & Verdugo, 1993), com consequências a nível da tomada de perspectiva do outro, assim como um difícil e parcial processo de separação-individação dos pais (Zetlin & Turner, 1985) e ainda a repressão cultural que é exercida sobre o namoro entre os adolescentes com D.M., parece-nos legítimo concluir que o namoro entre os adolescentes com D.M. assume características diferentes das dos adolescentes normais. Provavelmente serão estas características diferentes do namoro entre os adolescentes com D.M. que têm não só desmotivado o seu estudo e o conhecimento da sua incidência entre estes, como também têm desencadeado certas atitudes de negação, de intolerância que explicam que a sua ocorrência nestes jovens seja imaginada como menor que nos adolescentes normais.

Quanto à natureza intrínseca ou extrínseca dos factores que determinam os comportamentos sexuais, nota-se que os adolescentes com D.M. se distinguem dos adolescentes normais apenas no que se refere aos comportamentos sexuais excessivos, impróprios, descontrolados (comportamentos hipersexualizados). Enquanto nos primeiros estes comportamentos não são afectados pelas explicações intrínsecas e extrínsecas, nos segundos as explicações intrínsecas têm um papel preponderante no carácter excessivo, impróprio e descontrolado dos comportamentos sexuais.

Em síntese, os adolescentes com D.M. são representados por todas as entrevistadas com uma actividade sexual menor, com características mais solitárias, mais auto-eróticas, psicosssexualmente mais imatura, menos socializada e hetero-erótica que a dos adolescentes normais. Apenas os comportamentos sexuais dos adolescentes com D.M. vistos como infantis, deficitários ou normais são afectados pelas explicações intrínsecas e extrínsecas, mais ligadas a factores

predominantemente internos, enquanto que nos adolescentes normais os comportamentos sexuais vistos como excessivos também o são. Ou seja, a deficiência mental parece influenciar as entrevistadas no sentido de construírem uma representação da vida sexual destes adolescentes como menos activa, mais auto-erótica e menos socializada, devido a factores mais intrínsecos do que os adolescentes normais.

Procurámos também detectar especificidades nas representações sobre a sexualidade dos adolescentes de cada um dos quatro subgrupos de entrevistadas. Começámos por comparar as representações das entrevistadas com filhos normais sobre a sexualidade dos adolescentes normais com as entrevistadas com filhos com D.M. sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M.. Com esta comparação tentámos conhecer a influência que tinha o ter um filho adolescente com determinada característica (com ou sem deficiência mental) nas representações que as entrevistadas elaboraram sobre a sexualidade dos adolescentes com a mesma característica (com deficiência mental ou normal). Ou seja, quais as diferenças entre as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental e dos adolescentes normais elaboradas pelas entrevistadas com filhos com as mesmas características destes.

O tipo "comportamentos auto-eróticos" foi o único, no conjunto dos comportamentos presentes adequados, em que foi detectada uma diferença significativa entre os dois subgrupos. Os resultados revelaram que as mães com adolescentes com D.M. referiram mais comportamentos auto-eróticos em relação aos adolescentes com D.M. do que as mães com um filho adolescente normal referiram em relação aos adolescentes normais. A principal interpretação que estes resultados nos sugerem é que, face à mesma proximidade psicológica, os adolescentes com D.M. são vistos com uma actividade sexual mais solitária e auto-erótica que os adolescentes normais.

Uma outra diferença entre estes dois subgrupos diz respeito às "fantasias sexuais", precisamente um dos dois subtipos que constituem os comportamentos anteriores. Os resultados mostram que as mães com adolescentes com D.M. referem mais fantasias sexuais em relação aos adolescentes com D.M. que as mães dos adolescentes normais em relação aos adolescentes normais. Poder-se-á supor que esta referência maior às fantasias sexuais nos adolescentes com D.M., que é apontada pelas entrevistadas com maior proximidade destes, é devida à maior divulgação que estes jovens fazem destas. Com frequência os adolescentes com D.M. falam das suas fantasias, das suas "paixonetas" por

ídolos ou pessoas que conhecem e admiram. Quando a fantasia é estimulada por um suporte visual também se torna facilmente denunciável dada a pouca privacidade destes adolescentes. Como já vimos noutra parte deste capítulo, as fantasias têm um papel muito importante para o adolescente com D.M. (Katz, 1993): são uma fonte de prazer e de vivência do desejo sexual, uma compensação e uma substituição de outros comportamentos sexuais não permitidos. Apesar de serem menos encobertas, mais expostas e conhecidas dos outros, há investigação que mostra uma incidência das fantasias sexuais entre os adolescentes com D.M. inferior à dos adolescentes normais, devido, segundo Lleror, citado por Marin et al. (1993), às implicações que o défice no desenvolvimento cognitivo tem a nível da imaginação daqueles adolescentes. Estes dados parecem contradizer a afirmação das mães com filhos adolescentes com D.M. . Porém, há que ponderar a hipótese de determinados namoricos, "paixonetas" dos adolescentes com D.M. serem consideradas como meras fantasias pelas mães com adolescentes com D.M. , o que contribuiria para explicar a saliência que lhe é atribuída neste estudo.

Os "comportamentos de comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" constitui a última diferença significativa entre os dois subgrupos de entrevistadas com maior proximidade psicológica. Os resultados indicaram que as mães com adolescentes com D.M. atribuíram menos "comportamentos de comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" aos adolescentes com D.M. que as mães com adolescentes normais atribuíram aos adolescentes normais. A escassez de referências a este, encontradas na literatura da especialidade, leva-nos a colocar a hipótese de que para as mães com adolescentes com D.M. a sua menor ocorrência seja devida a um interesse essencialmente afectivo que estes adolescentes sentem pelos outros, isento de segundas intenções (Giami, 1984 ; Vauris, 1992), que se sobrepõe a qualquer preocupação com a comparação da sua imagem sexual com a dos outros adolescentes do mesmo sexo. É provavelmente reforçada também pela vigilância que é exercida sobre eles que os impede de ter acesso aos contextos e rituais em que esse comportamento habitualmente ocorre.

Em síntese, face às mesmas condições de proximidade psicológica, os adolescentes com deficiência mental são representados com uma vida sexual mais solitária e auto-erótica, compensada por um maior investimento nas interacções afectivo-sexuais a nível da fantasia/imaginação que os adolescentes normais. Mesmo perante os companheiros, os adolescentes com D.M. revelam

menos preocupações com a comparação da sua imagem sexual com a dos outros do mesmo sexo, pelo que devem ser protegidos (vigiados) para não serem aliciados por outros "com segundas intenções". Portanto, quando falam da sexualidade dos adolescentes semelhantes aos seus filhos, as entrevistadas descrevem um quadro bastante semelhante ao deles.

Focar-nos-emos, agora, nas diferenças significativas constatadas nas representações sobre a sexualidade dos adolescentes normais das entrevistadas com maior e com menor proximidade psicológica destes adolescentes. Através da análise das diferenças detectadas, tentaremos compreender a influência do grau de proximidade das entrevistadas nas representações por elas elaboradas acerca da sexualidade dos adolescentes normais. A primeira diferença mostrava que as mães com adolescentes normais atribuíam aos adolescentes normais mais comportamentos sexuais adequados que as mães com adolescentes com D.M.. A maior proximidade psicológica parece ter provocado uma maior "adequação" da actividade sexual dos adolescentes normais, tal como alguns autores têm salientado (Collis, citado por Moore & Rosenthal, 1993). Inversamente, também é possível que o maior distanciamento psicológico facilite a projecção nos adolescentes normais duma actividade sexual menos adequada, mal aceite nos adolescentes com D.M. pelas mães dos adolescentes com D.M. .

É possível que estas duas hipóteses explicativas ocorram em simultâneo.

Os "comportamentos sexualizados" e a "agarrção" foram os dois únicos subtipos de comportamentos presentes adequados em que foram encontradas diferenças significativas entre estes dois subgrupos de entrevistadas. Os comportamentos sexualizados foram atribuídos com menos frequência aos adolescentes normais pelas mães com adolescentes normais que pelas mães com adolescentes com D.M.. Esta menor frequência ocorre num comportamento que é, na categoria "comportamentos sócio-sexuais", o menos íntimo, o mais pueril que no "script" sexual dos adolescentes normais atravessa e entrosa com os restantes comportamentos sócio-sexuais.

A única informação relacionada com este resultado que encontramos na literatura, é que, entre os adolescentes normais, os comportamentos sexualizados surgem, habitualmente, por volta dos 13 anos e constituem o início duma progressão que conduz a comportamentos sexuais mais íntimos (Moore & Rosenthal, 1993). Já em relação aos adolescentes com D.M., para além da sua elevada frequência, realçada no estudo de Martins (1995), os comportamentos

sexualizados são, para muitos destes jovens, a única forma de comportamentos sócio-sexuais possível e tolerada.

A diferente função e saliência destes comportamentos nos adolescentes normais e nos adolescentes com D.M. permite-nos pensar que as entrevistadas com filhos com D.M. atribuem aos adolescentes normais a mesma quantidade destes comportamentos que imaginam que o seu próprio filho tem. Uma vez que o que define a maior proximidade das entrevistadas aos adolescentes normais é a condição de ter um filho também adolescente normal e a menor proximidade, a condição de ter um filho com D.M. , o que acontece no primeiro caso é a atribuição de menos comportamentos sexualizados através do processo de identificação entre os adolescentes normais e o seu próprio filho e no segundo caso é a atribuição de maior número de comportamentos sexualizados aos adolescentes normais, distantes, desconhecidos, a partir da mesma quantidade de comportamentos que imaginam no próprio filho, através do processo de ancoragem (Moscovici, 1961, 1981).

A última diferença encontrada é referente à "agarrção" (carícias atrevidas) e indica que este comportamento é mais referido nos adolescentes normais pelas mães com adolescentes normais que pelas mães com adolescentes com D.M. . Para compreender este resultado, recorremos ao que tem sido investigado sobre este comportamento.

A agarrção (carícias atrevidas) surge como um dos principais comportamentos sócio-sexuais entre os adolescentes normais, proporcionando-lhes oportunidades de descoberta sexual, assim como a aquisição de competências de intimidade (Moore & Rosenthal, 1993). Dado que excluem a penetração vaginal, as carícias atrevidas são usadas pelos adolescentes para proteger a virgindade das raparigas e reduzir o risco de gravidez. As carícias atrevidas podem ocorrer em público, o que, na opinião de Costa (1998), constitui uma forma dos adolescentes normais procurarem ser diferentes, se oporem aos valores sociais vigentes, se auto-afirmarem, se bem que ostensivamente.

A agarrção entre os adolescentes com D.M. é, dos comportamentos sócio-sexuais mais íntimos, o mais frequente. De acordo com os resultados do estudo comparativo de Gebhard (1979), a incidência deste comportamento é menor entre os jovens com D.M. (77%) que entre os normais (95%). Em ambientes institucionalizados é menor ainda (33,5%), como demonstram os resultados de Cañas (1993), mas dada a indefinição das manifestações sexuais incluídas na

designação " jogos e carícias eróticas", usada pelo autor, suspeitamos que seja ainda mais reduzida.

A diferente saliência deste comportamento entre os adolescentes normais e os adolescentes com D.M. explicará, provavelmente, a diferente atribuição de comportamentos de agarrão por parte das entrevistadas com diferentes graus de proximidade psicológica dos adolescentes normais, devido a processos que já foram anteriormente explicados (identificação da actividade sexual dos adolescentes normais com a dos seus próprios filhos) que as leva a atribuir aos adolescentes normais os comportamentos de agarrão que imaginam que os filhos têm.

Em síntese, os adolescentes normais são representados, pelas entrevistadas com maior proximidade psicológica, com uma actividade sexual mais adequada, mais ajustada à idade, isto é, com menos comportamentos de tipo pueril, como os comportamentos sexualizados, e com mais comportamentos de agarrão que representam já intimidade afectivo-sexual do que as entrevistadas com menor grau de proximidade. Daqui pode-se concluir que as representações da sexualidade dos adolescentes normais construídas pelas entrevistadas com maior proximidade psicológica são mais ajustadas à sua realidade sexual, menos dessexualizadas, imaturas, pueris e que as construídas pelas entrevistadas com menor proximidade, ou seja, o contacto directo com uma realidade sexual igual à do adolescente normal representado permite uma representação desenvolvimentalmente mais adequada da sua sexualidade. Esta representação demonstra que a maior proximidade física e psicológica das entrevistadas dos adolescentes normais não impede que estas representem com bastante exactidão a sua actividade sexual real. Segundo os resultados obtidos por Collis, citado por Moore & Rosenthal (1993), os pais com um adolescente normal demonstram a capacidade de elaborar uma estimativa correcta da actividade sexual dos adolescentes com a mesma idade do seu próprio filho.

No sentido de verificarmos se o processo e o resultado da influência que o grau de proximidade psicológica das entrevistadas teve foi o mesmo nas representações elaboradas, tanto sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M. como sobre a sexualidade dos adolescentes normais, centrar-nos-emos na análise das diferenças significativas entre as entrevistadas com maior e as com menor proximidade psicológica que se pronunciaram sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes com deficiência mental.

A única diferença encontrada refere-se ao maior número de comportamentos auto-eróticos atribuídos aos adolescentes com D.M. pelas mães com adolescentes também deficientes mentais (maior proximidade) que pelas mães com adolescentes normais (menor proximidade). Se nos basearmos exclusivamente nos resultados do estudo de Lleror, já várias vezes referido ao longo deste capítulo, que aponta para uma menor incidência destes comportamentos entre os adolescentes com D.M. que entre os adolescentes normais, as representações sobre eles elaboradas pelas entrevistadas com menor proximidade psicológica, seriam mais ajustadas à sua realidade sexual do que as das entrevistadas com maior proximidade psicológica, o que contrariaria a conclusão a que chegámos no ponto anterior. Só que neste caso, o que se compara não são as representações sobre a incidência dos comportamentos auto-eróticos entre os adolescentes com e sem D.M. , mas as representações elaboradas pelas mães de adolescentes com D.M. e pelas mães de adolescentes normais sobre estes comportamentos nos adolescentes com D.M. . Logo, voltando de novo ao resultado anterior, as entrevistadas com menor proximidade psicológica dessexualizam mais, angelizam mais os adolescentes com D.M. que as entrevistadas com maior proximidade psicológica destes, o que já está de acordo com a conclusão obtida no ponto anterior. Para melhor compreender este facto, há que considerar que as mães com filhos adolescentes com D.M. presenciam mais os seus comportamentos de masturbação devido à menor privacidade que lhes concedem do que as mães com adolescents normais a quem este comportamento é ocultado pelos adolescentes normais devido ao sentimento de pudor e vergonha e, nalguns casos, mesmo culpa e ansiedade que rodeiam a sua manifestação (Coles & Stole, 1985). Mais, as primeiras ouvem mais os seus filhos a contar as suas fantasias sexuais que as últimas (a quem os filhos as ocultam), conhecem melhor que estas os estímulos visuais que eles utilizam para as estimular. A circunstância das mães com adolescentes com D.M. (com maior grau de proximidade psicológica) testemunharem mais comportamentos auto-eróticos dos seus filhos permite perceber porque é que elas os referiram mais nos adolescentes com D.M. que as mães com filhos adolescentes normais (com menor grau de proximidade psicológica) e concluir que o processo e o resultado da influência do grau de proximidade é o mesmo, tanto em relação aos adolescentes normais como em relação aos adolescentes com D.M. , isto é, que a menor proximidade psicológica influencia uma dessexualização maior que a maior proximidade psicológica.

Deter-nos-emos, de seguida, sobre a análise das diferenças significativas entre as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental elaboradas pelas entrevistadas com menor proximidade psicológica (mães de adolescentes normais) e as representações sobre a sexualidade dos adolescentes normais elaboradas pelas entrevistadas com maior proximidade psicológica (mães de adolescentes normais). Com esta análise tentaremos esclarecer a influência conjunta que tem a característica do adolescente ser normal ou ter deficiência mental e o diferente grau de proximidade das entrevistadas na elaboração das representações sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M. e dos adolescentes normais.

A única diferença encontrada é relativa aos comportamentos de "comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo" que são mais referidos nos adolescentes normais que nos adolescentes com D.M. pelas mães com adolescentes normais (que têm maior proximidade em relação aos primeiros e menor em relação aos segundos).

Várias hipóteses poderão ser equacionadas sobre o que terá levado as mães com adolescentes normais a imaginarem os adolescentes com D.M. com menos comportamentos de "comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo": a escassez de oportunidades destes adolescentes se encontrarem e de se relacionarem com os pares, fora da vigilância e do controlo dos profissionais por eles responsáveis; a ideia de que seriam pouco afectados pelas preocupações relativas à adequação da sua imagem sexual com a dos outros do mesmo sexo, devido ou à sua própria deficiência mental ou à sua inocência de eternas crianças (Craft, 1987).

Em síntese, a deficiência mental dos adolescentes leva as entrevistadas com menor grau de proximidade deles (mães com adolescentes normais) a imaginá-los com menor interesse na comparação da sua imagem sexual com a dos outros do mesmo sexo, eventualmente por diversos tipos de dificuldades ou impedimentos externos e ambientais ou internos/intrínsecos aos próprios adolescentes. Donde se conclui que a característica dos adolescentes terem deficiência mental e a menor proximidade das entrevistadas em relação a eles, influenciam a elaboração de representações mais dessexualizadas de alguns dos seus comportamentos sexuais que as dos adolescentes com características normais e maior proximidade destas.

Terminaremos a discussão dos resultados relativos aos quatro subgrupos de entrevistadas, comentando a análise das diferenças significativas entre as

representações sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M. elaborada pelas entrevistadas com maior proximidade psicológica e as representações sobre a sexualidade dos adolescentes normais elaboradas pelas entrevistadas com menor proximidade psicológica. Pretendemos, com esta análise, confirmar se a influência conjunta que tem a característica do adolescente ser normal ou ter deficiência mental e o diferente grau de proximidade das entrevistadas na elaboração das representações sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M. e normais é a mesma. Das diferenças significativas detectadas, a primeira mostra que as mães com adolescentes com D.M. (com maior grau de proximidade) vêem os adolescentes com D.M. com menos comportamentos sexuais, isto é, com uma actividade sexual menor que os adolescentes normais (com menor grau de proximidade).

As restantes diferenças encontradas revelaram que os comportamentos auto-eróticos são mais referidos pelas mães com adolescentes com D.M. nos adolescentes com D.M. (maior proximidade) que nos adolescentes normais (menor proximidade). Mais especificamente, as mães com filhos adolescentes com D.M. vêem os adolescentes com D.M. com mais fantasias sexuais que os adolescentes normais. Quanto à apreciação do nível de intensidade da sexualidade, apenas este subgrupo de mães com um filho adolescente com D.M. viram os adolescentes com D.M. com um número significativamente mais elevado de comportamentos hipossexualizados que os adolescentes normais, ou seja, os adolescentes com D.M. são vistos com menos investimento sexual que os adolescentes normais.

Analisando em conjunto estes resultados, os adolescentes com D.M. são representados pelas entrevistadas com maior proximidade psicológica (mães com adolescentes com D.M.) com uma actividade sexual menor, uma menor intensidade sexual caracterizada por mais comportamentos sexuais solitários, auto-eróticos, compensados por mais fantasias sexuais, com comportamentos afectivo-sexuais imaginários do que os adolescentes normais (que têm um menor grau de proximidade psicológica em relação a elas).

Em suma, mais uma vez se confirma que a condição dos adolescentes terem deficiência mental e o maior grau de proximidade das entrevistadas em relação a eles, tem influência na elaboração de representações, sobre a sua sexualidade. Ou seja, considerando os resultados obtidos neste ponto e no ponto anterior, constatamos que a condição "deficiência mental" vs "normal" tem uma influência maior que o grau de proximidade das entrevistadas na emergência de

diferentes representações sobre a sexualidade dos adolescentes com deficiência mental e normais.

Pretendíamos, também, compreender o papel de cada um dos três níveis de intensidade sexual nas representações da sexualidade dos adolescentes: Anjos, Normais e Monstros. Os resultados relativos a este objectivo mostraram que os comportamentos hipossexualizados contribuíram para distinguir, dum modo significativo, os diferentes tipos de representações, tendo, como seria de esperar, um papel mais importante nos anjos que nos normais e nos monstros. Quanto aos comportamentos hipersexualizados, embora tenham contribuído para diferenciar de um modo significativo os três tipos de configurações entre si, quando comparadas em pares, apenas permitiram distinguir, dum modo significativo, os anjos dos monstros, tendo um papel mais importante nestes últimos, como seria de esperar.

A análise dos resultados anteriores, sugeriu que os comportamentos hipossexualizados tiveram um papel mais importante que os comportamentos hipersexualizados na distinção entre anjos, normais e monstros. Onde se conclui que os anjos, normais e monstros se distinguem mais pelas suas manifestações sexuais infantis e reduzidas (comportamentos hipossexualizados) que pelas suas manifestações sexuais exageradas, desmesuradas e descontroladas (comportamentos hipersexualizados).

Debruçámo-nos também, sobre a análise das representações com e sem explicações intrínsecas/extrínsecas. Com esta análise pretendemos determinar que contributo tiveram as explicações intrínsecas e extrínsecas para cada um dos níveis de intensidade relativamente aos anjos, normais e monstros.

Relativamente aos anjos e aos normais apenas se verificaram diferenças significativas nos comportamentos hipossexualizados e normativos, sendo que as explicações intrínsecas e extrínsecas, principalmente as intrínsecas, contribuíram para tornar mais elevado o valor destes comportamentos. Relativamente aos monstros, encontraram-se diferenças significativas em cada um dos três níveis de intensidade, isto é, incluindo também os comportamentos hipersexualizados, o que significa que a consideração das explicações intrínsecas e extrínsecas acentuou a visão, já anteriormente manifesta, em cada um dos três níveis: hipossexualizados, normativos e hipersexualizados.

Assim, as explicações intrínsecas e extrínsecas contribuíram para diferenciar os monstros dos outros dois grupos, uma vez que acentuaram as características desmesuradas dos primeiros e não dos outros dois.

Um último objectivo consistia em encontrar diferenças na distribuição das diferentes representações da sexualidade dos adolescentes com e sem D.M. (anjos, normais e monstros) entre os diferentes grupos e subgrupos de entrevistadas e de objectos da entrevista. Com este objectivo procuraremos saber se há diferenças entre os diferentes grupos e subgrupos de entrevistadas e de objectos da entrevista quanto ao tipo de representações.

Dos resultados obtidos por referência ao total de cada tipo de configuração, salientamos, das diferenças detectadas, aquelas que poderão acrescentar algo de novo às interpretações que temos vindo a fazer. Começaremos por analisar as diferenças encontradas entre os grupos de entrevistadas com maior proximidade (mães) e menor proximidade (não-mães). As mães representam metade de todos os adolescentes (normais e com D.M.) como anjos (8/16) e apenas uma minoria como monstros (4/16); ao contrário, as não-mães representam cerca de metade de todos os adolescentes como monstros (7/16) e uma minoria como anjos (3/16). Esta diferença nos resultados sugere que as mães têm maior tendência à angelização, à dessexualização, à idealização da actividade sexual dos adolescentes do que as não-mães.

Prosseguimos com a análise das diferenças entre os grupos das mães com um filho adolescente com D.M. e das mães com um filho adolescente normal, realçando que as mães com adolescentes com D.M. representam os adolescentes em geral tanto como anjos (7/16), como monstros (8/16), enquanto que as mães de adolescentes normais representam-nos minoritariamente como anjos (4/16) e monstros (3/16). Esta diferença sugere a existência duma representação predominantemente polarizada, clivada da sexualidade dos adolescentes, com configurações quer do tipo monstro (em que há um hiper investimento sexual, uma sexualidade descontrolada), quer do tipo anjo (em que há um desinvestimento sexual, uma dessexualização) por parte das mães com filhos com D.M. , em contraste com uma representação predominantemente normal das mães com adolescentes normais.

Seguidamente procurámos saber se haveria diferenças entre as representações da sexualidade dos adolescentes normais e dos adolescentes com D.M. elaboradas pelas mães com adolescentes com D.M. . As diferenças estatisticamente significativas constatadas indicaram que os adolescentes com D.M. são representados mais como anjos do que os normais. Estes resultados poderão ser explicados pela maior proximidade psicológica das entrevistadas em relação aos adolescentes com D.M. do que aos adolescentes normais, o que as

leva a identificar os primeiros com os seus próprios filhos, também adolescentes com D.M., atribuindo-lhes mais representações de anjo.

Uma vez relacionados, integrados com os do ponto anterior, estes resultados permitem-nos levantar a hipótese de que na visão predominantemente clivada das mães com adolescentes com D.M. os adolescentes com D.M. são os anjos.

Incidimos, por último, a nossa análise nas diferenças na distribuição entre os grupos de adolescents com D.M. e os adolescentes normais que mostram que os adolescentes com D.M. são representados, por todas as entrevistadas, predominantemente como anjos e minoritariamente como monstros, enquanto que nos adolescentes normais acontece o inverso. Verificámos ainda que estas diferenças são estatisticamente significativas e que os adolescentes com D.M. são mais representados como anjos.

Em suma, quer nos grupos, quer nos subgrupos em que há maior grau de proximidade psicológica do objecto representado, quer naquele em que o objecto representado tem D.M. ou naqueles em que as duas variáveis se associam, a tendência à representação de anjo é maior do que a situação inversa. Ou seja, a deficiência mental do adolescente representado e a maior proximidade psicológica do adolescente representado, sobretudo se tiver deficiência mental, determinam, influenciam que os adolescentes sejam mais representados como anjos.

Capítulo 8 - CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Nos últimos anos tem-se assistido a uma mudança significativa no modo de perspectivar a deficiência mental. Esta deixou de ser considerada apenas como uma característica inerente à própria pessoa com deficiência, para passar a ser a expressão do impacto funcional da interacção entre a pessoa com limitações cognitivas e adaptativas e o meio em que se insere.

Também na área da educação sexual se produziram mudanças importantes. Esta deixou de ser perspectivada apenas como uma forma de intervenção pedagógica num domínio bem delimitado e passou a ser considerada como uma dimensão, um aspecto integrante de todo o processo de socialização do ser humano.

Todos os seres humanos são seres sexuais. Desde o momento em que são concebidos que têm um sexo feminino ou masculino. Nasceram meninas ou meninos e essa característica vai modelar, determinar toda a sua vida.

Por outro lado, não existe educação que não seja sexualizada. Logo, todos os adultos significativos que se relacionam e interagem com a pessoa com D.M. desde o seu nascimento, nos seus diferentes contextos de vida, contribuem negativa ou positivamente, para as suas manifestações afectivo-sexuais e, por esse motivo, pode dizer-se que participam na sua educação sexual.

Um dos contextos de vida e de socialização mais determinantes, no caso das pessoas com D.M., é a família. A mãe, em particular, como já referimos (capítulo 2) desempenha um papel fundamental quer em relação ao desenvolvimento psicológico global do filho com D.M., quer em relação ao seu desenvolvimento psicosssexual, influenciando os seus sentimentos, atitudes e valores face à sexualidade e ao relacionamento interpessoal em geral.

Na sequência desta perspectiva de educação sexual, o sucesso de toda intervenção neste âmbito que vise os adolescentes com D.M. passa igualmente por uma intervenção junto da mãe, com o objectivo de alterar ou melhorar a qualidade da influência que esta exerce sobre a expressão das suas necessidades afectivo-sexuais. Para tal, torna-se necessário conhecer o modo como as mães vêem, perspectivam e interpretam as necessidades e vida afectivo-sexual dos seus filhos, isto é, o modo como representam a sua sexualidade.

O nosso interesse pelas representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes com e sem deficiência mental, objecto deste estudo empírico,

inscreve-se, pois, na possibilidade de que a informação obtida possa contribuir para conhecer melhor o que pensam e o que sentem relativamente às manifestações afectivo-sexuais dos filhos para depois « poder intervir por dentro do que está a ocorrer e provocar mudanças.» (Soares & Campos, 1986).

O conhecimento das representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes torna-se, assim, de grande utilidade para a elaboração e a implementação de qualquer projecto de educação sexual dos adolescentes com D.M. , uma vez que são estas que determinam e legitimam as atitudes e as suas práticas educativas em relação aos comportamentos sexuais dos filhos, passando qualquer mudança destes em parte também pela mudança do conteúdo das representações que os sustentam.

A metodologia qualitativa foi a utilizada para conhecer e caracterizar essas representações. Através dos relatos das mães, em resposta a uma entrevista semi-estruturada construída para o efeito, ficámos a conhecer como é que as mães vêem e o que pensam sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes, bem como o modo como os julgam e explicam.

Estas informações recolhidas foram tratadas através da técnica de análise do conteúdo, no sentido de se apreender o seu significado e de as sistematizar. De entre as contribuições que decorreram desta abordagem metodológica, é de destacar a identificação de uma grande quantidade e variedade de tipos de comportamentos sexuais, alguns dos quais emergiram durante a entrevista.

Os comportamentos emergentes revelaram-se, em grande parte, elementos determinantes para a caracterização das representações, como foi o caso das fantasias sexuais, da comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo, da luta pela autonomia e da auto-afirmação. Note-se que estes dois últimos comportamentos trouxeram para o âmbito deste estudo problemáticas tão importantes como as relacionadas com o processo de aproximação e de integração no grupo de pares e o processo de separação e de autonomia dos adolescentes em relação aos pais.

Estes comportamentos não teriam emergido se tivéssemos utilizado outra técnica, mais condicionadora da orientação do pensamento das entrevistadas. Desse modo, teríamos deixado escapar esta e outras manifestações significativas do modo como perspectivam e explicam a sexualidade dos adolescentes.

As explicações apresentadas pelas entrevistadas para justificar os comportamentos sexuais dos adolescentes constituíram outra das contribuições únicas desta abordagem metodológica.

Estas explicações revelaram-nos os critérios utilizados pelas entrevistadas para julgar determinados comportamentos sexuais como inadequados. Com base nos critérios de inadequação das entrevistadas, é possível identificar os comportamentos sexuais que as mães possivelmente reprimem, desencorajam nos filhos adolescentes, o que seria de grande utilidade, por exemplo, para a elaboração de qualquer projecto de intervenção junto destas, no âmbito da educação sexual dos seus filhos.

Estas explicações mostraram-nos, também, a apreciação que as entrevistadas faziam da intensidade das manifestações sexuais dos adolescentes, indicando-nos os níveis de intensidade que aceitavam e toleravam ou condenavam.

Por último, deram-nos ainda a conhecer a origem das influências que na perspectiva das entrevistadas determinavam os comportamentos sexuais. Em função da natureza intrínseca ou extrínseca dos factores determinantes, a representação sobre a sexualidade assumia novos contornos, acentuando ou atenuando, respectivamente, a visão veiculada pelas entrevistadas acerca da intensidade da sexualidade dos adolescentes. Simultaneamente, os factores intrínsecos que acentuam a representação da intensidade da sexualidade dos adolescentes colocam no adolescente o "locus" das suas manifestações sexuais; em contraste, os factores extrínsecos que determinam a representação da intensidade da sexualidade retiram ao adolescente a responsabilidade e autoria das suas próprias manifestações sexuais, atribuindo-as a forças externas ao próprio sujeito.

Merece referência o grande predomínio observado dos factores intrínsecos em relação aos extrínsecos, pela importância que provavelmente tem para a compreensão do sentido das práticas e atitudes educativas das entrevistadas em relação aos comportamentos sexuais dos filhos adolescentes. Na realidade, enquanto os factores extrínsecos os desculpabilizam da manifestação dos comportamentos sexuais, os intrínsecos envolvem-nos, de certo modo, na sua "autoria" e surgem como mais imutáveis.

As entrevistadas do nosso estudo atribuíram um grande predomínio às explicações intrínsecas em todos os níveis de intensidade, mas especialmente nos comportamentos hipossexualizados, que são vistos como os mais infantis e angelizados.

Partindo do que determinou o nosso interesse pela realização deste estudo empírico, salientámos algumas das suas contribuições para o plano da

intervenção. Destacámos ainda as principais vantagens decorrentes da adopção de uma metodologia qualitativa, muito especialmente do tipo de instrumento que construímos, uma entrevista semi-estruturada e também da análise de conteúdo.

Pretendemos agora esboçar um conjunto de conclusões e de apreciações naturalmente decorrentes da análise e interpretação dos resultados, apresentadas no capítulo anterior.

Os comportamentos sexuais dos adolescentes com e sem deficiência mental vistos como adequados, foram principalmente os comportamentos sexuais iniciais e os sócio-sexuais pouco íntimos, com a possibilidade de coexistência dos comportamentos sexuais solitários. Este tipo de comportamentos salientou-se pela sua elevada frequência em relação aos outros e permite-nos supor que estes comportamentos sexuais sejam provavelmente aceites, tolerados, (encorajados) pelas entrevistadas.

Os comportamentos sexuais vistos como inadequados foram essencialmente os comportamentos sócio-sexuais com maior intimidade afectivo-sexual que podem implicar riscos de gravidez, e só secundariamente os comportamentos sexuais desviantes (coacção sexual e prostituição); estes últimos são os únicos considerados pela literatura da especialidade como inaceitáveis, pelo desvio que representam às normas legais, sociais e morais que regulam a actividade sexual. A partir destas representações, podemos presumir que estes serão os comportamentos sexuais mais desencorajados (reprimidos) pelas entrevistadas.

Os comportamentos sexuais considerados pelas entrevistadas como ausentes, foram sobretudo os comportamentos sexuais iniciais e os sexuais solitários. A partir deste tipo de representação, podemos concluir que estes comportamentos sexuais ou são negados pelas entrevistadas, num processo de dessexualização dos adolescentes ou são considerados já desenvolvimentalmente ultrapassados pelas entrevistadas que têm uma visão mais ajustada da sexualidade dos adolescentes.

Ser mãe de um adolescente (com D.M. ou normal) parece influenciar a construção de uma representação da vida afectivo-sexual dos adolescentes em geral, como menos socializada e autónoma e com maior luta pela preservação da sua privacidade física e emocional. Este resultado leva-nos a concluir que a maior proximidade psicológica das mães com adolescentes com as mesmas

características dos adolescentes representados parece tornar mais difícil o reconhecimento, por parte destas, das mudanças desenvolvimentais e dos investimentos afectivo-sexuais autonomizantes destes adolescentes, o que provavelmente motivou um maior reconhecimento da luta levada a cabo por estes, pelo direito à sua privacidade física e emocional.

Quanto às não-mães, o seu maior distanciamento psicológico em relação aos adolescentes representados determinou a elaboração de representações sobre a sexualidade dos adolescentes em geral com uma actividade sexual mais socializada e com mais autonomia em relação aos pais do que as das mães. O distanciamento psicológico levou-as, provavelmente, a recorrer ao que foram apreendendo através do que é dito no senso comum ou às teorias práticas que são divulgadas pela comunicação social sobre a sexualidade dos adolescentes em geral, para a elaboração da sua representação.

Para concluir, podemos afirmar que comparando os dois tipos de representações sobre a sexualidade dos adolescentes em geral, as elaboradas pelas entrevistadas mães têm um conteúdo psicosexual/desenvolvimental mais imaturo que as elaboradas pelas não-mães.

A experiência de ser mãe de um filho adolescente com D.M. ou normal, a vivência, o contacto directo com a sua realidade sexual, influenciou as entrevistadas a construírem representações diferentes sobre a sexualidade dos adolescentes em geral. Colocadas perante a realidade sexual dos adolescentes em geral, as entrevistadas parecem projectar neles os comportamentos sexuais que vêem nos filhos: as mães com adolescentes com D.M. representam os adolescentes em geral com uma actividade sexual mais auto-erótica, com mais comportamentos sexuais solitários, enquanto que as mães com adolescentes normais os representam com uma actividade sexual mais hetero-erótica, com mais comportamentos de maior intimidade afectivo-sexual. A partir daqui, pudemos concluir que a diferente experiência subjectiva de ter um filho adolescente com uma determinada característica (ter deficiência mental ou ser normal) e a vivência e o contacto directo com a sua realidade sexual se revelou determinante para a emergência de características diferentes na representação da sexualidade dos adolescentes em geral.

A influência que teve ser mãe de um adolescente com determinada característica na construção das representações pelas entrevistadas, foi também confirmada pelas diferenças encontradas entre as representações sobre a

sexualidade dos adolescentes com D.M. elaboradas pelas mães de adolescentes com D.M. e as representações sobre a sexualidade dos adolescentes normais elaboradas pelas mães de adolescentes normais. Uma vez mais, as mães com adolescentes com D.M. representaram a actividade sexual dos adolescentes com D.M. (semelhantes aos seus próprios filhos) como caracterizada por pouco interesse pela comparação da sua imagem sexual com a dos companheiros, manifestando, sobretudo, comportamentos sexuais solitários, compensados, em especial, por um maior investimento nas fantasias, nos comportamentos afectivo-sexuais imaginários; em contraste, as mães com adolescentes normais, representaram a actividade sexual dos adolescentes normais com características exactamente inversas.

A análise conjunta deste e do anterior resultado, sugere que a experiência de ser mãe de um adolescente com uma determinada característica (com ou sem D.M.), a proximidade com a sua realidade sexual influenciam as representações elaboradas pelas entrevistadas sobre a sexualidade dos adolescentes, quer através da projecção, quando as características do adolescente representado lhe eram mais distantes, quer através da identificação quando as características do adolescente representado lhe eram mais próximas, semelhantes às do seu filho.

As mães de um adolescente normal representaram a sexualidade dos adolescentes normais com características sócio-sexuais mais ajustadas à sua idade do que as mães de um adolescente com D.M. . A maior proximidade física e psicológica destas entrevistadas dos adolescentes normais não as impediu de representarem a sua actividade sexual numa forma bastante exacta, bastante próxima da sua realidade sexual.

Em relação aos adolescentes com D.M., as mães com adolescentes normais construíram representações mais dessexualizadas, quer comparativamente às representações das mães com adolescentes com D.M., quer às construídas sobre os adolescentes normais. O distanciamento de uma realidade sexual para elas desconhecida levou estas mães, provavelmente, a basear-se no mito da pessoa com D.M. como criança inocente e eterna e a construir representações sobre a sua vida sexual com características imaturas e dessexualizadas (menos interesse pela comparação da sua imagem sexual com a dos pares do mesmo sexo, menos comportamentos sexuais solitários). Donde podemos concluir que ser mãe de um adolescente normal mais do que ser mãe de um adolescente com D.M. se associou a representações da

sexualidade dos adolescentes com D.M. mais dessexualizadas e da sexualidade dos adolescentes normais como mais sexualizada, desenvolvimentalmente mais ajustada e adequada.

As mães de um adolescente com D.M. representam a sexualidade dos adolescentes com D.M. como mais auto-erótica e com mais comportamentos sexuais solitários do que as mães de um adolescente normal. A proximidade da realidade sexual dos adolescentes com D.M. parece ter determinado a construção de representações menos dessexualizadas e mais realistas. Por sua vez, estas mães representaram a sexualidade dos adolescentes normais como mais activa, com menos manifestações auto-eróticas e solitárias e mais hetero-sexual e autonomizada do que a dos adolescentes com D.M.. Neste caso, a menor proximidade psicológica da vida sexual dos adolescentes normais, não levou estas mães a dessexualizá-los, a angelizá-los, mas, pelo contrário, a representá-los com uma actividade sexual mais intensa e socializada, talvez por utilizarem as informações sobre a actividade sexual dos adolescentes normais que vão apreendendo através dos media e do que é dito no senso comum. Tanto as mães de adolescentes com D.M. como as mães de adolescentes normais representaram os adolescentes com D.M. com menor actividade sexual que a dos adolescentes normais, embora as mães com adolescentes normais os dessexualizem ainda mais que as primeiras.

No entanto, note-se que as representações da sexualidade dos adolescentes com D.M. elaboradas pelas mães com adolescentes com D.M. se caracterizam por um padrão em que a actividade sexual destes jovens apareceu representada como mais reduzida e angelizada, mas em que os comportamentos sexuais solitários, masturbação e fantasias se destacaram pela sua maior incidência em relação à dos adolescentes normais. A saliência deste tipo de comportamentos sugere que estas mães reconheceram que os seus filhos têm necessidades afectivo-sexuais. Reconheceram, também, um maior investimento que os normais nos "namoricos" nas paixonetas imaginárias com um conteúdo mais ou menos afectivo ou sexual, o que poderá representar uma forma de compensação do contexto solitário em que decorre a satisfação das suas necessidades sexuais construindo uma espécie de projecção hetero-erótica em relação a outra pessoa.

A partir do que foi dito, pode concluir-se que as mães com adolescentes com D.M. representaram os adolescentes normais como sexualmente mais activos, com maior quantidade e diversidade de comportamentos sexuais, com um

maior nível de socialização sexual e os adolescentes com D.M. com uma actividade sexual mais reduzida, com manifestações sexuais mais restrictas e com maior solidão sexual.

Ter ou não ter deficiência mental determinou um dos resultados que consideramos mais importante neste estudo: a emergência de padrões de comportamento sexual diferentes; um, relativo aos adolescentes normais e outro relativo aos adolescentes com D.M.

Os adolescentes normais, mais do que os adolescentes com D.M., foram representados por todas as entrevistadas com mais interesse pela sua imagem sexual, menos comportamentos sexuais solitários e mais hetero-sexuais e amorosos, isto é, sexualmente mais activos; estas manifestações sexuais são atribuídas sobretudo, a razões internas, intrínsecas à sua própria natureza.

Os adolescentes com D.M., mais do que os adolescentes normais, foram representados por todas as entrevistadas com mais comportamentos sexuais solitários e auto-eróticos e com menos interesse na comparação do seu corpo com o dos companheiros, menos comportamentos hetero-eróticos e amorosos, isto é, sexualmente menos activos, com mais manifestações sexuais infantis, angelizadas, devido, sobretudo a razões internas, intrínsecas à sua própria natureza.

Em geral, os adolescentes com D.M. foram representados com uma configuração sexual mais de "anjos" e os adolescentes normais com uma configuração mais de "monstros".

Enunciadas as principais conclusões a que chegámos a partir dos resultados do nosso estudo, sistematizaremos, de seguida, as suas implicações para a educação sexual.

Deter-nos-emos em especial sobre o papel das mães, uma vez que esse constitui o foco da nossa investigação.

Em relação aos adolescentes normais, poderia ser interessante "convidar" as mães a aliar-se às campanhas de sensibilização destes jovens para uso de métodos contraceptivos para a prevenção da gravidez não desejada e das D.S.T.*

*Referimo-nos a mães de adolescentes em geral e não a que as mães dos adolescentes-alvo de uma qualquer intervenção, participem nessa intervenção. As mães não são os melhores interlocutores do próprio filho sobre a problemática da sexualidade.

De facto, estas mães revelaram ter uma visão relativamente ajustada, correcta da actividade sexual dos adolescentes normais e, sobretudo, uma grande disponibilidade em falar sobre ela com alguém que esteja disposto a escutá-las. Por outro lado, uma vez que reconhecer que os adolescentes manifestam determinados comportamentos pode não significar que as mães os aceitem, um alvo de intervenção poderá ser o trabalho com as mães no sentido de estas identificarem, compreenderem e, eventualmente, modificarem a sua atitude relativamente à visão que têm da sexualidade dos adolescentes.

Quanto às mães dos adolescentes com D.M., o maior reconhecimento que demonstraram das necessidades afectivo-sexuais destes jovens, comparativamente às mães com adolescentes normais (que aparentemente recorrem ao senso comum), só por si justificaria que fossem envolvidas em todo e qualquer processo de intervenção no âmbito da sua educação sexual. Todavia estas mães mostraram que reconheciam, toleravam, aceitavam apenas os comportamentos sexuais solitários como a forma de expressão dessas necessidades afectivo-sexuais. Assim, qualquer projecto de intervenção que vise promover outras formas de expressão e satisfação dessas necessidades dos adolescentes com D.M. deverá envolver igualmente as suas mães. Além disso estes jovens são, em termos legais e pessoais, dependentes de seus pais.

O conhecimento das representações destas mães sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M. surge como condição importante para potencializar os efeitos da educação sexual destes jovens, pois reflectir-se-á nas suas reacções face aos filhos. Para além da importância do referido conhecimento, o nosso estudo sugere que, em muitos casos, seria também útil intervir com o objectivo de trabalhar tais representações, procurando que se transformem no sentido de promover um funcionamento sexual adequado e harmonioso dos seus filhos.

Todas estas sugestões de intervenção devem ser consideradas com algum cuidado, dado o tamanho reduzido da nossa amostra de 32 mães (16 de adolescentes com D.M. e 16 de adolescentes normais).

As conclusões deste estudo deixam dúvidas por esclarecer, interrogações que, na nossa opinião, se poderiam transformar em linhas de prosseguimento desta investigação, como por exemplo: (a) examinar as representações sobre a sexualidade dos adolescentes com D.M. dos profissionais que interagem com eles em contextos onde estes adolescentes têm

oportunidades de se encontrar e relacionar com outros jovens e compará-las com as das mães e de outros adultos. (b) detectar se o padrão de comportamentos sexuais dos adolescentes com D.M. que emergiu do nosso estudo é devido à lentidão no processo de desenvolvimento psicosssexual ou se eventualmente se manterá em sujeitos com outro nível etário, por exemplo, em adultos? E nos adolescentes do sexo oposto da mesma faixa etária? (c) procurar conhecer o modo como decorre o processo de separação-autonomia dos adolescentes com D.M. em relação aos pais e a saliência que neste assumem as questões relativas à sexualidade. Que intensidade e forma de expressão assumirá nestes jovens o desejo de autonomia? Que percepção é que os pais terão desse desejo? De que forma é que lhes responderão? (d) procurar conhecer o modo como é que se processa o desenvolvimento interpessoal nos jovens com D.M.. Que implicações é que terá na sua solidão sexual, referida pelas mães, ou na baixa expressividade dos comportamentos sócio-sexuais indicada por todas as entrevistadas?

BIBLIOGRAFIA

Abramson, P.R.; Parker, T. & Weisberg, S.R. (1988). Sexual Expression of Mentally Retarded People: Educational and Legal Implications. *American Journal on Mental Retardation*, 93(3), 328-334.

Abric, J.C. (1987). *Coopération, Compétition et Représentations Sociales*. Friburgo: Delval.

Alferes, V. R. (1994). *Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo. Contributos para uma psicologia social da sexualidade*. Dissertação de doutoramento em psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Allen, D. M. (1980). Young male prostitutes: A psychosocial study. *Archives of Sexual Behaviour*, 9, 399-426.

Allen, I. (1993). Education in Sex and Personal Relationships. In: Moore, S. & Rosenthal, D. (Eds.). *Sexuality in Adolescence*. New York: Routledge.

Amaral, M. T. (1995). O desenvolvimento sexo-afectivo na Trissomia 21. In: Félix, I. e Marques, A. M. (Eds.) *E nós...somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. Lisboa. Associação para o Planeamento da Família.

Amor Pan, J. R. (1997). *Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.

Andron, L. (1985). Sexuality counselling with developmentally disabled couples. In: Craft, A. & Craft, M. (Eds.). *Sex and Mentally Handicapped*. London: Routledge and Kegan Paul (2nd revised edition).

Barr, M. (1904/1987). Types of Mental Defectives. In Craft, A. (Ed.). *Mental Handicap and Sexuality - Issues and Perspectives*. Kent: DJ Costello (Publishers) Ltd.

Belmonte, R. (1993). La sexualidad en personas con minusvalía psíquica: principales problemas y estrategias de intervención en un C.E.E. . In: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inserso.

Belmonte, R. (1997). La sexualidad en personas con minusvalía psíquica. In: Amor Pan, J. R. (Ed.) *Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.

Bermejo, B. G. & Verdugo, M. A. (1993). Un enfoque comunitario para modificar la conducta sexual inadecuada en personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 145, 9-20.

Blaske, D.M.; Borduin, C.M. & Henggeler, S.W. (1993). Individual, family and peer, characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. In: Moore, S. & Rosenthal, D. *Sexuality in Adolescence*. London: Routledge

Blos, P. (1962). *On Adolescence*. New York: Free Press.

Blos, P. (1988). The inner world of the adolescent. In: Esman, A.E. (ed.) *International Annals of Adolescent Psychiatry* 1. Chicago: University of Chicago.

Blumberg, M. & Lester, D. (1991). High school and college students' attitudes toward rape. *Adolescence*, 26: 727-729.

Brooks-Gunn, J. & Furstenberg Jr., F.F. (1989). Adolescent sexual behavior. *American Psychologist*, 44, 249-257.

Brown, B.S. & Courtless, I. (1969). The mentally retarded offender. In: Allen, R.C.; Ferster, E.Z. & Ruben, J.G. (Eds.). *Readings in law and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

Brown, M.E. (1979). Teenage prostitution. *Adolescence*, 14 : 665-680.

Burgess, A; Hazelhood, R; Rokous, F. & Hartman, C. (1988). Sexual rapists and their victims: Recruitment and repetition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 277-295.

Cañas, J. J. (1993). Encuesta sobre la sexualidad en los centros de atención a personas con minusvalía psíquica. In: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inserso.

Codol, J. P. (1984). On the system of representation in an artificial social situation. In R. M. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.

Coles, R. & Stokes, G. (1985). *Sex and American Teenager*. New York: Harper & Row.

Collins, J. K. (1974). Adolescent dating intimacy: Norms and peer expectations. *Journal of Youth and Adolescence*, 3, 317-328.

Collis, F. (1993). Parents and teachers ' beliefs about adolescent sexuality and HIV/AIDS'. In: Moore, S. & Rosenthal, D. *Sexuality in Adolescence*. London: Routledge.

Cordeiro, J. C. D. (1979). *O adolescente e a família*. Lisboa: Moraes Editores.

Costa, M.E. (1990). Desenvolvimento da identidade. In: Campos, B.P. (Ed.) *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.

Costa, M. E. (1998). *Novos Encontros de Amor : Amizade, Amor e Sexualidade na Adolescência*. Porto, Edinter.

Craft, A. & Craft, M. (1978). *Sex and the Mentally Handicapped - A Guide for parents and carers*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

Craft, A. & Craft, M. (1981). Sexuality and Mental Handicap: A Review. *British Journal of Psychiatry*, 139, 494-505.

Craft, M. & Craft, A. (1985). *Sex and Mentally Handicapped*. London: Routledge & Kegan Paul.

Craft, A. (1987). *Mental Handicap and Sexuality: Issues and Perspectives*. Kent: Costello.

Christensen, M. (1992). Conclusões do Seminário organizado pela Sociedade Israelita de Reabilitação em Telavive, 5-7 de Março 1992, em colaboração com a International Rehabilitation. *Boletín del Real Patronato*, 22, Agosto 1992.

Currie, C. (1990). Young people in independent schools, sexual behavior and AIDS'. In: Aggleton, P.; Davies, P. & Hart, G. (Eds.) *AIDS: Individual, Cultural and Policy Dimensions*. London: Falmer Press.

Davis, G.E. & Leitenberg, H. (1987). Adolescent sex offenders. *Psychological Bulletin*, 101 : 417.

De Quero, J. F. & Saez, B. D. (1993). Família y Sexualidad del Minusvalido. In: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersso.

Diamante, B. (1993). Sexualidad y disminuídos psíquicos. *Federación de Planificación Familiar de España*, 14, 16-19.

Doise, W. (1973). Relations et représentations entre groupes, S. Moscovici (ed.) *Introduction à la Psychologie Sociale*, Vol. II. Paris: Larousse.

Doise, W. (1976/1983). *Articulação Psicossociológica e Relações entre Grupos*. Lisboa: Moraes Editores.

Doise, W. (1986 b). Les représentations sociales: définition d'un concept. In: W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé.

Domenico, L. (1996). *De la sexualité à l'éducation sexuelle des personnes handicapées mentales*. Dissertação de Doutorado não publicada, Faculdade das Ciências Psico-Pedagógicas, Universidade de Mons-Hainaut, Bélgica.

Echavidre (1996). Les personnes handicapées mentales et la sexualité. In: Domenico, L. (Ed.). *De la sexualité à l'éducation sexuelle des personnes handicapées mentales*. Université de Mons-Hainaut.

Edgerton, R.B. (1970). Mental retardation in non-western societies: Toward a cross-cultural perspective on incompetence. In: Haywood, H.C. (Ed.). *Social cultural aspects of mental retardation*. New York: Appleton-Century-Mazel.

Edmonson, B.; deJung, J.; Leland, H. & Leach, E.M. (1974). *A Test of Social Inference*. New York: Educational Activities.

Edmonson, B.; McCombs, L. & Wish, J. (1979). What retarded adults believe about sex. *American Journal of mental Deficiency*, 84, 11-18.

Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Félix, I. (1995). Evolução da sexualidade ao longo da infância e da adolescência. In: Félix, I. e Marques, A..M. (Eds.) *E nós...somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. Lisboa : Associação para o Planeamento da Família.

Figueiredo, E. (1988). *Conflito de Gerações, Conflito de Valores*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ford, N. & Morgan, K. (1989). Heterosexual lifestyles of young people in an English city. *Journal of Population and Social Studies*, 1, 167-185.

Freud, S. (1905/1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Gallimard.

Freud, S. (1915/1968). *Métapsychologie*. Paris: Gallimard.

Freud, A. (1969). Adolescence as a developmental disturbance. In: Caplan, G. & Lebovici, S. (eds). *Adolescence*. New York: Basic Books.

Fromuth, M.E. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse Negligence*, 10, 5-15.

Fromuth, M.E.; Burkhart, B.R. & Jones, C.W. (1991). Hidden child molestation: An investigation of adolescent perpetrators in a noncultural sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 376-384.

Garbarino, J. (1985) *Adolescent Development: An Ecological Perspective*. Columbus, Ohio: Merrill.

García, J. L. (1993). Sexualidad, afectividad y deficiencia mental: una aproximación integradora. In: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersio.

Gavey, N. (1991). Sexual victimization prevalence among New Zealand university students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 464-466.

Gebhard, P. H. (1979). El comportamiento sexual de los retrasados mentales. In: F.F. de la Cruz & G.D. LaVeck (Eds.). *Sexualidad y retraso mental*. San Sébastian: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.

Giami, A.; Humbert-Viveret Ch. & Laval, D. (1983). *L' Ange et la Bête: Représentation de la Sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*. Paris: CTNERHI, série "Documents", P.U.F.

Giami, A (1984). *O anjo e a fera. As representações da sexualidade dos deficientes mentais pelos pais e educadores*. Rio de Janeiro: Achiamé.

Giami, A. (1987). Coping with the sexuality of the disabled: A comparison of the physically disable and the mentally retarded. *Int. J. Rehab. Research*, 10 (1), 41-48.

Giami, A. (1996). La négation de la sexualité des handicapés mentaux. In Greacen, T.; Hefez, S. & Marzloff, A. (Eds.), *Prévention du sida en milieu spécialisé*. Toulouse: Erès.

Gillies, P. & McEwen, J. (1981). The sexual knowledge of the normal and mildly subnormal adolescent. *The Health Education Journal*, 40, 120-124.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago, Aldine.

Goldman, R. J. & Goldman, J. D. G. (1982). *Children's Sexual Thinking*. Melbourne: Poutledge & Kegan Paul.

Gomes, F. A. (1992). Prefácio. In: Frade, A.; Marques, A. M.; Alverca, C. & Vilar, D.. *Educação Sexual na Escola - Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Gomez, E. M. & Alberdi, B. O. (1993). Resultados del cuestionario de actitudes psicosexuales. *Siglo Cero*, 145, 35-39.

Good, T.L. & Brophy, J.E. (1978). *Looking in classrooms*. New York, Harper and Now Publisher.

Griffiths, D.M.; Quinsey, V.L. & Hingsburger, D. (1989). *Changing inappropriate sexual behavior. A community-based approach for persons with developmental disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Grossman, H. (1983). Adaptive Behavior Scale. *Manual on Terminology and Classification on Mental Retardation*. Edited by American Association on Mental Retardation.

Grunewald, K. (1979). *Sex liberation and parenthood for the mentally retarded in Sweden*. Stockholm: Socialstyrelsen, the National Board of Health and Welfare.

Guimelli, C. (1994). Présentation de l'ouvrage. In Ch. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé.

Haas, A. (1979). *Teenage sexuality: a survey of teenage sexual behavior*. New York: Macmillan.

Hall, J.E. (1978). Acceptance of sexual expression in the mentally retarded. *Sexuality and Disability*, 4, 179-193.

Hawk, G.L.; Rosenfeld, B. D. & Warren, J.I. (1993). Prevalence of sexual offences among mentally retarded criminal defendants. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 784-786.

Herzlich, C. & Pierret, J. (1984). *Malades d' hier, malades d' aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.

Hingsburger, D. & Griffiths, D. (1986). Dealing with sexuality in a community residential service. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 5(12), 63-68.

Huntley, C.F. & Benner, S.M. (1993). Reducing barriers to sex education for persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 31 (4), 215-220.

Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens (1998). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Ionescu, S. (1990). L' intervention en déficience mentale. *Manuel de méthodes et de techniques*, Vol. 2. Bruxelles, Mardaga.

Jeammet, N. (1982). Ebauche d' une méthodologie dans le champs de la recherche publique. *Psychiatrie de l' enfant*, 2, 439-485.

Jodelet, D. (1982). *Systèmes de représentation du corps et groupes sociaux*. Paris: EHESS.

Jodelet, D. (1984). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: S. Moscovici (Ed.), *La psychologie sociale*. Paris: PUF.

Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet, D. (Ed.), *La psychologie sociale*. Paris: PUF

Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales: un domaine en expansion, D. Jodelet (ed.). *Les Représentations Sociales*, Paris, PUF.

Júdez, J. (1990). Aspectos biopsicosociales de la sexualidad en minusválidos psíquicos. *Jornadas sobre Sexualidad del Minusválido Psíquico Adulto*. Navacerrada (Madrid).

Juhasz, A. M. & Sonnenshein-Schneider, M. (1987). Adolescent sexuality: Values, morality and decision making. *Adolescence*, 22, 579-590.

Katchadourian, H. (1993). Sexuality . In: Moore, S. e Rosenthal, D. (Eds.). *Sexuality in adolescence*. New York : Routledge.

Katoda, H. (1991). Height and weight of Tokyo schoolchildren with and without intellectual handicaps. *Annals of Human Biology*, 18, 327-39.

Katoda, H. (1993). Parents' and teachers' praxes of and attitudes to the health and sex education of young people with mental handicaps: a study in Stockholm and Tokyo. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 115-129.

Katz, G. (1985). La vida sexual de los deficientes mentales. *Bona Gent*, 21, 29-61.

Katz, G. (1993). La vida sexual en las personas con deficiencia mental. In: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersio.

Kempton, W. (1975). Sex Education- A Cooperative Effort of Parents and Teacher. *Exceptional Children*, may, 531-535.

Kempton, W. (1978). Sex Education for the Mentally Handicapped. *Sexuality and Disability*, 1(2), 137-146.

Klingman, L. & Vicary, J.R. (1992). *Risk factors associated with date rape and sexual assault of adolescent girls*. Poster presentation. Society for Research on Adolescence. Pennsylvania State University.

Koegel, P. & Whittemore, R. (1983). Sexuality in the Ongoing Lives of Mildly Retarded Adults. In: Craft, A. & Craft, M. (Eds.). *Sex Education and Counselling for Mentally Handicapped People*. Tunbridge Wells, England: Costello and Baltimore, USA: University Park Press.

Klimecki, M. R.; Jenkinson, J. & Wilson, L. (1994). A study of recidivism among offenders with an intellectual disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 19, 209-219.

Lambert, J.L. & Rondal, J.A. (1982). *El mongolismo*. Barcelona: Herder.

Lang, J.-L. (1992). Note sur l' évaluation des idées concernant la sexualité des handicapés mentaux. *Neuropsychiatrie de l' Enfance*, 40(2), 59-65.

Lang, J.-L. (1993). Articulation entre processus psychopathologique et handicap. *Neuropsychiatrie de l' enfance*. 41, 10, 559-562.

Laske, D.M.; Bordouin, C.M. & Henggeler, S.W. (1989). Individual, family and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. *Developmental Psychology*, 25 , 845-855.

Laswell, M. & Lobsenz; N. M. (1980). *Styles of loving*. New York: Doubleday.

Lemos, M. S. (1993). *A motivação no processo de ensino/aprendizagem, em situação de aula*. Dissertação de Doutorado não publicada, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

Lerner, R. M. & Spanier, G. B. (1980). *Adolescent development. A life-span perspective*. New York : McGraw Hill.

Lewis, D.O.; Shanok, S.S. & Pincus, J.H. (1981). Juvenile male sexual assaulters: Psychiatric, neurological, psychoeducational, and abuse factors. In: Lewis, D.O. (ed.) *Vulnerabilities to Delinquency*. Jamaica, NY : Spectrum.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.

Lindgren, W. G. & Katoda, H. (1993). Maturation rate of Tokyo schoolchildren with and without mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 98(1), 128-134.

Loperfido, E. (1988). La sexualidad del disminuído psíquico. In: Baldaro Verde, J.; Govigli, G. & Valgimigli, C. (Eds.). *La Sexualidad del Deficiente*. Barcelona: Ceac.

López, F. & Fuertes, A. (1989). *Para Comprender la Sexualidad*. Navarra - España: Editorial Verbo Divino

Loureiro, M. A. (1994/95). Os Pais face ao Desenvolvimento Psicossexual do seu Filho Portador de Deficiência Mental. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 105-114.

Loureiro, M.A. (1997). *Agora que já não sou criança...* Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Lucas, J. S. (1993). *SIDA: A sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.

Lumley, V.A. & Miltenberger, R.G. (1997). Sexual Abuse Prevention for Persons with Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101(5), 459-472.

Lutte, G. (1988). *Libérer l'adolescence*. Liège: Pierre Mardage.

Mackay, T.F.; Hacker, S.S. & Weissfeld, L.A. (1991). Comparative effects of sexual assault on sexual functioning of child sexual abuse survivors and others. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 89-112.

Mannoni, M. (1978). *L'enfant arriéré et sa mère*. Paris: Editions de Seuil. 2ème Edition.

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (1996). Fernandes, J.C. (Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Marin, J. P.; Bravo, M. R. & Perfumo, J. M. (1993). Teoría y realidad de la vida sexual en las personas con deficiencia mental. In: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inerser.

Martins, A. S. (1995). A dimensão afectivo-sexual nas pessoas deficientes mentais- Um modelo de intervenção. In: Félix, I. & Marques, A. M. (Eds.) *E nós...somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. Lisboa. A.P.F.

Masters, W. H.; Johnson, V. E. & Kolodny, R. C. (1987). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.

McCabe, M.P. (1989). The contribution of sexual attitudes and experiences during childhood and adolescence to adult sexual dysfunction. *Sexual and Marital Therapy*, 4, 133-141.

McCabe, M. P. & Collins, J. K. (1990). *Dating, Relating and Sex*. Sydney: Horowitz Grahame.

McCabe, M. P. (1993). Sex Education Programs for People With Mental Retardation. *Mental Retardation*, 31(6), 377-387.

McCabe, M. P. & Cummins, R. A. (1996). The Sexual Knowledge, Experience, Feelings and Needs of People with Mild Intellectual Disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31(1), 13-21.

Menezes, I. (1990). Desenvolvimento no contexto familiar. In B. P. Campos (Ed.). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa : Universidade Aberta.

Menezes, I. (1990). O desenvolvimento psicosexual. In B. P. Campos (Ed.). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.

Mercier, M.; Delville, J. & Collignon, J.-L. (1994). Sexualité et handicap mental. *Revue Européenne du Handicap Mental*, 1 (1) ,25-32.

Mezey, G. & King, M. (1989). The effect of sexual assault on men: A survey of 22 victims. *Psychological Medicine*, 19, 205-209.

Miguel, N. & Vilar, D. (1987). *Afectividade e sexualidade no contexto cultural e social português*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, vol. XII.

Mitchell, L. (1987). Intervention in the Inappropriate Sexual Behaviour of Individuals with Mental Handicaps. In: Craft, A.(Ed.) . *Mental Handicap and Sexuality: Issues and Perspectives*. Kent, Costello.

Money, J.W. (1985). *The destroying angel*. Buffalo, NY : Prometheus Books.

Moore, S. & Rosenthal, D. (1993). *Sexuality in adolescence*. New York: Routledge.

Morgenstern, M. (1979). El desarrollo psicosexual de los subnormales. In: F.F. de la Cruz & G.D. LaVeck (Eds.) *Sexualidad y retraso mental*. San Sébastian: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.

Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son Image et son Publique*. Paris, PUF .

Moscovici, S. (1969). prefácio a C. Herzlich. *Santé et Maladie, Analyse d' une Représentation Sociale*. Haia: Mouton.

Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son publique*. Paris: PUF, (2ªed.).

Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. P. Forgas (Ed.), *Social cognition: perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press.

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representatins, R. Farr & S. Moscovici (eds.), *Social Representations*. Londres: Academic Press.

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of a social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.

Mugny, G. & Carugati, F. (1985). *L' intelligence au pluriel. Les représentations sociales de l' intelligence et son développement*. Cousset: Editions Delval.

Murphy, W.D.; Coleman, E.M. & Haynes, M. R. (1983). Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender. In: Greer, J.D. & Stuart, I.R. (Eds). *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment* (pp.22-41). New York: VanNostrand Reinhold.

Murphy, S.M.; Amick-MsMullan, A. & Kilpatrick, D. (1988). Rape victims self esteem: A longitudinal analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 355-370.

Netting, N. (1992). Sexuality in youth culture: identity and change. *Adolescence*, 27, 961-976.

Nuttin, J. M. (1972). Changement d' attitude et role-playing, S. Moscovici (ed.), *Introduction à la Psychologie Sociale*, Paris, Larousse.

Ochoa, E. F. L. (1991). *De la vida sexual*. Madrid: *Diario El País*.

Ohi, S. (1983). Sexual development and behaviour of handicapped children. *Sexual Behaviour of Young People* (ed. The Japanese Association of Sex Education). Tokyo: Shogakukan Pub. Ltd. .

Orr, D.P. & Downes, M.C. (1985). Self-concept of adolescent sexual abuse victims. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 401-410.

Pásaro, E.; Fernández, R. & Mendez, J. (1993). Valoración de diversas variables conductuales en individuos con síndrome de Turner. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46(4), 449-458.

Peñuelas, B. G. (1993). Sexualidad y deficiencia mental: problemas de la juventud y adolescencia con síndrome de Down. In: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersso.

Pereira, M. G. (1993). Com Quem Falam os Adolescentes Sobre Sexualidade? Ilações com Base nos Resultados de um Questionário. *Análise Psicológica*, 3 (XI), 415-424.

Polit, D.F.; White, C.M. & Morton, T.D. (1990). Child sexual abuse and premarital intercourse among high-risk adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 231-234.

Posse, F. & Verdeguer, S. (1991). *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Buenos Aires: Fundacón Creando Espacios.

Remafedi, G.; Resnick, M.; Blum, R. & Harris, L. (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics*, 89, 714-721.

Reiss, S. & Benson, B. (1985). Psychosocial correlates of depression in mentally retarded adults: Minimal social support and stigmatization. *American Journal of Mental Deficiency*, 89,331-337.

Reynolds, C. R. & Mann, L. (1987). *Encyclopedia of special education*, Vol. 3. New York: John Wiley & Sons.

Rimé, B. (1984). Langage et communication, S. Moscovici (ed.), *Psychologie Sociale*. Paris: PUF.

Roberts, G. (1992). Rape OK if led on, say third of boys. *The Age*. Melbourne: 5 September, p.6.

Roche, J. P. & Rambsey, T. W. (1993). Premarital sexuality: A five-year follow-up study of attitudes and behavior by dating stage. *Adolescence*, 28, 67-80.

Runtz, M. & Briere, J. (1986). Adolescent acting out and childhood history of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 326-334.

Sanchez, E. M. (1993). Conductas sexuales y afectivas en minusválidos psíquicos. In: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersó.

Sigelman, C.K.; Budd, E.C.; Winer, J.L.; Schoenrock, C.J. & Martin, P.W. (1982). Evaluating alternative techniques of questioning mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 511-518.

Sigman, M. (1985). Psychotherapy with mentally retarded children and adolescents. In: Zetlin, A..G. & Turner, J. L.(Eds.) . *Transition From Adolescence to Adulthood: Perspectives of Mentally Retarded Individuals and Their Families*, 89(6), American Journal of Mental Deficiency, University of California, Los Angeles, 570-579.

Silbert, M. & Pines, A. (1981). Sexual abuse as an antecedent to prostitution. *Child Abuse and Negligence*, 5, 407-411.

Shapiro, E.S. (1986). Behavior modification: Self control and cognitive procedures. In: Barrett, R.P. (Ed.). *Severe behavior disorders in the mentally retarded: Nondrug approaches to treatment* (pp. 69-97). New York: Plenum Press.

Smith, E. (1993). A biosocial model of adolescent sexual behavior. In: Moore, S. & Rosenthal, D. (Eds.). *Sexuality in Adolescence*. New York: Routledge.

Soares, I. & Campos, B.P. (1986). Educação sexual e desenvolvimento psicosssexual. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 71-79.

Sobsey, D. & Varnhagen, C. (1988). *Sexual abuse and exploitation of people with disabilities*. Ottawa: Health and Welfare.

Sobsey, D. & Mansell, S. (1990). The prevention of sexual abuse of people with developmental disabilities. *Developmental Disabilities Bulletin*, 18, 51-66.

Sobsey, D. & Doe, T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault. *Sexuality and Disability*, 9, 243-259.

Testal, J. F. & Santos, M.D. (1995). Sexualidad y deficiencia mental (I). Introducción teórica a su estudio. *Apuntes de Psicología*, nº 44, 93-105.

Testal, J. F.; Santos, M.D.; Jiménez, M.D.; Loro, M.C.; Expósito, L. & Rubio, J. (1995). Sexualidad y deficiencia mental (II). Un estudio descriptivo en el Hospital Psiquiátrico Miraflores de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 44, 107-120.

Vala, J. (1993). Representações Sociais - Para uma Psicologia Social do Pensamento Social. In J. Vala. e M. B. Monteiro. (Eds.), *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Van Ness, S.R. (1984) Rape as instrumental violence: A study of youth offenders. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 9: 161-170.

Vauris, D. (1992). Compte rendu d' une enquête auprès de parents et d' éducateurs sur la sexualité de jeunes handicapés mentaux. *Neuropsychiatrie de l' Enfance*, 40(2), 96-100.

Warshaw, R. (1990). *I Never Called it Rape*. New York: Basic Books.

Watson, G. & Rogers, R. S. (1980). Sexual instruction for the mildly handicapped and normal adolescent: A comparison of educacional approaches, parental

expectations and pupils knowledge and attitudes. *Health Education Journal*, 39, 88-95.

Watson, M.; Bain, A. & Houghton, S. (1992). A preliminary study in teaching self-protective skills to children with moderate and severe mental retardation. *The Journal of Special Education*, 26, 181-194.

Whitman, T.L. (1990). Self-Regulation and Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94(4), 347-362.

Williams, S. (1991). Sex education. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17, 217-220.

Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris:Payot.

Wolfe, V.V.; Gentile, C. & Wolfe, D. (1989) The impact of sexual abuse on the children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.

Yagüe, A. G. (1993). El hecho sexual humano en la persona del deficiente mental. I: Ministerio de Asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersso.

Zapian, J. G. (1993). Educación sexual.Necesidad e importancia: algunos criterios para la educación sexual de personas deficientes. In:Ministerio de asuntos Sociales. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Madrid: Inersso.

Zenatti, Cl. (1992). La sexualité des jeunes handicapés mentaux à l' Institut Médico-Professionnel. *Neuropsychiatrie de l' Enfance*, 40(2), 101-102.

Zetlin, A.G. & Turner, J.L. (1985). Transition From Adolescence to Adulthood: Perspectives of Mentally Retarded Individuals and Their Families. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(6), 570-579.

Zetlin, A.G. & Turner, J.L. (1986). Socialization effects on the adult adaptation of mildly retarded persons living in the community. In: S. Landesman-Dwyer & P. Vietze (Eds.), *The impact of residential settings on behavior*. Baltimore: University Park Press.

Zigler, E. & Balla, D. (1982). The developmental approach to mental retardation. In: Zigler, E. & Balla, D. (Eds.). *Mental retardation: The developmental-difference controversy*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Zijderfeld, B. (1987). Personal Relationships and Sex Education - the Dutch Experience. In: Craft, A. *Mental Handicap and Sexuality. Issues and Perspectives*. Kent: Costello.

ANEXO 1 - FICHA DE RECOLHA DE DADOS

FICHA DE RECOLHA DE DADOS - SELECÇÃO DA AMOSTRA

. Identificação do Aluno

Nome _____
Data de Nascimento _____
Causa da Deficiência Mental _____
Grau da Deficiência Mental _____ Instrumentos utilizados para a sua
avaliação _____
Estabelecimento de Ensino que frequenta _____
Principais características do Funcionamento Adaptativo _____

. Dados Familiares

Nome do Pai _____
Data de Nascimento _____
Habilitações Literárias _____
Profissão _____

Nome da Mãe _____
Data de Nascimento _____
Habilitações Literárias _____
Profissão _____

Irmãos (sexo e idade) _____

Morada _____
Telefone _____

Responsável pelo preenchimento dos dados

FICHA DE RECOLHA DE DADOS - SELECÇÃO DA AMOSTRA

. Identificação do Aluno

Nome _____

Turma _____ Ano _____

Data de Nascimento _____

Estabelecimento de Ensino que frequenta _____

. Dados Familiares

Nome do Pai _____

Data de Nascimento _____

Habilitações Literárias _____

Profissão _____

Nome da Mãe _____

Data de Nascimento _____

Habilitações Literárias _____

Profissão _____

Irmãos (sexo e idade) _____

Morada _____

Telefone _____

Responsável pelo preenchimento dos dados

Anexo 2 - ENTREVISTA

BLOCO TEMÁTICO	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
I. Legitimação da entrevista	1. Apresentar o objectivo do estudo. 2. Motivar a entrevistada.	1º - Informar a entrevistada do que se pretende conhecer / o que ela pensa ou imagina sobre a vida sexual dos adolescentes. 2º - Sublinhar que para este estudo não há boas ou más respostas, mas sim ideias e pontos de vista diferentes. 3º - Realçar a importância da colaboração da entrevistada para a concretização do estudo. 4º - Reafirmar a garantia de confidencialidade do conteúdo da entrevista. 5º - Solicitar o consentimento para a gravação da entrevista com o comprometimento da sua posterior desgravação. 6º - Incentivar a entrevistada a pedir esclarecimentos ou repetir, sempre que quiser.
II. Sexualidade dos adolescentes	Conhecer a ideia / representação das entrevistadas relativamente à: Presença ou ausência de 1. Interesse sexual por parte dos adolescentes 1.1. Razões desse comportamento 1.2. Formas de manifestação do interesse sexual. 1.3. Carácter normativo (próprio da idade)	1º - Estimular na entrevistada a emergência de uma resposta sobre o assunto em questão 2º - Questionar a entrevistada sobre o assunto, explorando, especificando e clarificando progressivamente as respostas. 3º - Incentivar a emergência da temática e a comunicação sobre ela. 4º - Em alguns casos assinalados, recorrer a uma listagem, quer tenha havido ou não resposta espontânea.

BLOCO TEMÁTICO	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
	<p>2. Comportamento sexual em geral.</p> <p>3. Comportamentos sexuais específicos</p> <p>3.1. Masturbação por parte dos adolescentes</p> <p>3.1.1. Razões desse comportamento</p> <p>3.1.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p> <p>3.2. Comportamento sexual de tipo (género) voyeurista</p> <p>3.2.1. Razões desse comportamento.</p> <p>3.2.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p> <p>3.3. Comportamento sexual de tipo exibicionista.</p> <p>3.3.1. Razões desse comportamento.</p> <p>3.3.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p> <p>3.4. Comportamentos de tipo homossexual.</p> <p>3.4.1. Razões desse comportamento.</p> <p>3.4.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p> <p>3.5. Comportamentos de coacção sexual</p> <p>3.5.1. Razões desse comportamento</p> <p>3.5.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p>	<p>1º - Formular uma questão aberta sobre o assunto.</p> <p>2º - Encorajar a resposta espontânea.</p> <p>3º - Contornar a sua inexistência, com uma justificação securizante para a entrevistada.</p> <p>4º - Solicitar que especifique aspectos da sexualidade concretos.</p> <p>Pedir à entrevistada que seleccione de entre duas opiniões antagónicas sobre este assunto, aquela com que se identifica mais / melhor.</p> <p>1º - Estimular a emergência da temática e a comunicação sobre ela.</p>

BLOCO TEMÁTICO	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
	<p>3.6. Comportamento de controle de impulsos sexuais</p> <p>3.6.1. Razões desse comportamento</p> <p>3.6.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p> <p>3.7. Formas de expressão dos comportamentos socio-sexuais</p> <p>3.8. Vulnerabilidade ao abuso sexual.</p> <p>3.8.1. Razões desse comportamento</p> <p>3.8.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p> <p>3.9. Namoro entre adolescentes</p> <p>3.9.1. Razões desse comportamento</p> <p>3.9.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p> <p>3.10. Troca de carícias atrevidas entre adolescentes em público</p> <p>3.10.1. Razões desse comportamento</p> <p>3.10.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p> <p>3.11. Relações sexuais entre adolescentes</p> <p>3.11.1. Razões desse comportamento</p> <p>3.11.2. Carácter normativo (próprio da idade)</p>	<p>2º - Questionar a Entrevistada sobre o assunto, explorando, especificando e clarificando progressivamente a sua resposta.</p> <p>Neste caso recorre-se ainda a uma listagem quer tenha havido ou não resposta espontânea.</p> <p>3º - Incentivar a resposta espontânea e reformulá-la se a houver.</p> <p>No caso deste comportamento recorre-se ainda a uma listagem quer tenha havido ou não resposta espontânea.</p>

GUIÃO DA ENTREVISTA ÀS MÃES SOBRE A SEXUALIDADE DOS JOVENS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

1 - Motivação da entrevistada

1. Apresentação :

Chamo-me... Sou psicóloga...

Muito obrigada por ter aceite participar nesta entrevista.

2. Apresentação do estudo :

Como já é do seu conhecimento, está a colaborar num estudo sobre a Sexualidade dos Jovens com Deficiência Mental, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos de idade. Ao colocar-lhe algumas perguntas sobre aspectos da vida sexual destes jovens, pretendo que me responda de acordo com a sua opinião, com a ideia que faz sobre o aspecto que lhe é perguntado. Não se preocupe com o facto de, na realidade, nunca ter observado tal aspecto, ou de, na prática, não ter nenhuma experiência relacionada com o que lhe está a ser perguntado.

3. Necessidade da colaboração da Entrevistada :

O importante para este estudo é conhecer as diferentes opiniões e as ideias que as pessoas têm sobre a sexualidade destes jovens, pelo que não existem boas, nem más respostas.

São estas variadas opiniões e ideias que nos vão permitir compreender como é que a sexualidade dos jovens com deficiência mental é representada, é encarada.

4. Confidencialidade:

Gostaria que me permitisse gravar a sua entrevista, a nossa conversa, para que eu depois possa escrever com exactidão aquilo que me vai dizer.

Queria garantir-lhe que as suas respostas não irão ser conhecidas por mais ninguém para além de nós.

Quando tiver passado a escrito toda a gravação, comprometo-me a desgravar a cassete, ou se preferir terei todo o gosto em oferecer-lha.

Se não se sentir à vontade com a presença do gravador, posso escrever as suas respostas; nesse caso, a entrevista demora um pouco mais.

II - *Focagem* :

Sempre que tenha alguma dúvida sobre o que lhe é perguntado, deverá pedir para que eu repita ou esclareça a pergunta.

Apenas no caso das entrevistadas com um filho adolescente normal e que responderam a este guião relativo à sexualidade dos adolescentes com deficiência mental, foi-lhes lida uma vinheta antes de se fazer a primeira pergunta da entrevista.

Durante a entrevista, sempre que a E não reponder à questão que lhe é colocada e abordar aspectos não relacionados com o tema da entrevista, focaliza-se de novo a entrevistada, dizendo: «Voltando de novo à questão de há pouco, pensa que...».

III - Exploração do Tema da Entrevista - Comportamentos Sexuais

1. Pensa que os jovens com D.M. se interessam por tudo o que se relaciona com o sexo?

Lembro-lhe que para este estudo é importante que não tenha receio de dizer o que pensa sobre o aspecto que lhe é perguntado, mesmo que na realidade nunca tenha observado tal aspecto...(mesmo que na prática não tenha nenhuma experiência relacionada com este aspecto).

De acordo com o carácter afirmativo ou negativo da resposta, perguntar:

1.1 A que se deve esse (des)interesse pelo sexo?

Esperar que a E responda espontaneamente. Se não, passar às perguntas que se seguem. Se houver resposta espontânea, acrescentar : " Disse que...(reformular as razões dadas pela E e continuar)...Para além disso:

Pensa que a própria idade será uma causa possível para esse (des)interesse?

E a influência dos meios de comunicação (televisão, filmes, revistas, livros) será uma outra causa possível?

Pensa que as informações que lhe foram dadas na escola sobre o assunto poderão ter influenciado esse (des)interesse?

Qual será, para si, a causa principal?

2. Como é que, na sua ideia, os jovens com D.M. manifestam o seu interesse pelo sexo?

Esperar que a E responda espontaneamente. Se não, passar às perguntas que se seguem.

Se houver resposta espontânea, acrescentar: Disse que...(reformular as razões dadas pela E e continuar...) Para além disso:

Pensa que prestam atenção às imagens e à leitura de assuntos relacionados com o sexo em revistas e livros?

E prestam atenção a conversas sobre a sexualidade?

Pensa que procuram descobrir e conhecer o corpo dos outros?

Qual destas será, para si, a manifestação mais importante?

3. Pensa que estes jovens falam uns com os outros dos aspectos relacionados com o sexo?

Explorar as explicações que E apresenta para a ocorrência ou não do comportamento.

4. Agora gostaria que me falasse dos comportamentos sexuais dos jovens com D.M., i. é, para si como é que estes jovens se comportam sexualmente?

Esperar que a E responda espontaneamente, se não, dizer o seguinte:

Talvez seja uma pergunta muito vaga e geral para responder de imediato. Vou fazer-lhe algumas perguntas mais concretas, por exemplo:

5. Parece-lhe que os jovens com D.M. se masturbam, i.é , acariciam os seus próprios órgãos sexuais?

Explorar as explicações apresentadas pela E para a ocorrência ou não do comportamento.

Por que é que os jovens com deficiência mental se masturbam / não se masturbam?... Só por essa razão?... Por mais alguma?

Explorar o seu carácter normativo: Pensa que este comportamento é próprio dos jovens com D.M. destas idades?...Porquê?... Só por esse motivo?...Pensa que é próprio de que idade, então?...

6. Na sua opinião, os jovens com D.M. costumam masturbar-se em presença de outras pessoas?

(O mesmo procedimento da pergunta 5.)

7. Pensa que os jovens gostam de mostrar os seus órgãos sexuais aos outros?

(O mesmo procedimento da pergunta 6.)

8. Acha que os jovens com D.M. procuram observar, espreitar os comportamentos sexuais dos outros?

(O mesmo procedimento das perguntas anteriores)

9. Na sua opinião, os jovens com D.M. têm actividades sexuais com outros jovens do mesmo sexo?

Explorar as explicações apresentadas pela E para a ocorrência ou não do comportamento.

Por que é que os jovens com D.M. têm / não têm actividades sexuais com outros jovens do mesmo sexo?...Só por essa razão?...Por mais nenhuma?...

Explorar o seu carácter normativo: Na opinião de alguns pais a quem já foi feita esta pergunta, este comportamento é próprio dos jovens com D.M. desta idade, outros acham que não. Qual destas opiniões é a sua?

10. Pensa que os jovens com D.M. podem obrigar os outros a fazer as suas vontades sexuais?

(O mesmo procedimento das perguntas 6. , 7. e 8.)

11. Na sua opinião, os jovens com D.M. desta idade têm dificuldade em controlar os seus comportamentos sexuais?

(idem)

12. Pensa que os jovens com D.M. são levados a fazer as vontades sexuais dos outros?

(idem)

13. Quando um rapaz e uma rapariga com D.M., nestas idades, começam a andar juntos, pensa que :

Trocam carícias leves entre si?

Dão as mãos?

Trocam carícias atrevidas entre si?

Trocam beijos e abraços?

Destes comportamentos, qual lhe parece ser o mais frequente?

14. Parece-lhe que ocorre o namoro entre jovens com D.M. desta idade?

(O mesmo procedimento da pergunta 12.)

15. Acha que estes jovens costumam trocar carícias atrevidas em público, i. é, sem terem em conta a presença de outras pessoas?

(idem)

16. Na sua opinião ocorrem relações sexuais entre os jovens com D.M. desta idade?

Por que é que ocorrem / não ocorrem relações sexuais entre os jovens com D.M. desta idade?

Explorar as explicações apresentadas pela E para a ocorrência ou não do comportamento.

Só por essa razão?...Por mais alguma?

Se a resposta de E tiver sido afirmativa, acrescentar:

Disse que... (reformular as razões dadas pela E e continuar) ...Para além disso, se lhe apresentar como outras causas possíveis... (enumerar os itens da listagem 16.1 que não foram contempladas na resposta da E.)

16.1 Vou dar-lhe algumas causas possíveis para ocorrência das relações sexuais entre os jovens com D.M. :

- A curiosidade é, para si, uma causa possível?

- E a simples procura de prazer?

- O desejo de agradar ao outro pode ser também uma causa possível para essas relações sexuais?

- E a insistência do parceiro?

Qual será para si , de todas estas, a causa principal?

IV - Fecho da Entrevista

Há mais alguma coisa relacionada com os aspectos da vida sexual destes jovens que gostasse de acrescentar?

Muito obrigada pela sua colaboração!

GUIÃO DA ENTREVISTA ÀS MÃES SOBRE A SEXUALIDADE DOS JOVENS NORMAIS

I - *Motivação da entrevistada*

1. Apresentação :

Chamo-me... Sou psicóloga...

Muito obrigada por ter aceite participar nesta entrevista.

2. Apresentação do estudo :

Como já é do seu conhecimento, está a colaborar num estudo sobre a Sexualidade dos Jovens Normais, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos de idade . Ao colocar-lhe algumas perguntas sobre aspectos da vida sexual destes jovens, pretendo que me responda de acordo com a sua opinião, com a ideia que faz sobre o aspecto que lhe é perguntado. Não se preocupe com o facto de, na realidade, nunca ter observado tal aspecto, ou de, na prática, não ter nenhuma experiência relacionada com o que lhe está a ser perguntado.

3. Necessidade da colaboração da Entrevistada :

O importante para este estudo é conhecer as diferentes opiniões e as ideias que as pessoas têm sobre a sexualidade destes jovens, pelo que não existem boas, nem más respostas.

São estas variadas opiniões e ideias que nos vão permitir compreender como é que a sexualidade dos jovens normais desta idade é representada, é encarada.

4. Confidencialidade :

Gostaria que me permitisse gravar a sua entrevista, a nossa conversa, para que eu depois possa escrever com exactidão aquilo que me vai dizer.

Queria garantir-lhe que as suas respostas não irão ser conhecidas por mais ninguém para além de nós.

Quando tiver passado a escrito toda a gravação, comprometo-me a desgravar a cassette, ou se preferir terei todo o gosto em oferecer-lha.

Se não se sentir à vontade com a presença do gravador, posso escrever as suas respostas; nesse caso, a entrevista demora um pouco mais.

II - *Focagem* :

Sempre que tenha alguma dúvida sobre o que lhe é perguntado, deverá pedir para que eu repita ou esclareça a pergunta.

III - Exploração do Tema da Entrevista - Comportamentos Sexuais

1. Pensa que os jovens se interessam por tudo o que se relaciona com o sexo?

Lembro-lhe que para este estudo é importante que não tenha receio de dizer o que pensa sobre o aspecto que lhe é perguntado, mesmo que na realidade nunca tenha observado tal aspecto...(mesmo que na prática não tenha nenhuma experiência relacionada com este aspecto).

De acordo com o carácter afirmativo ou negativo da resposta, perguntar:

1.1 A que se deve esse (des)interesse pelo sexo?

Esperar que a E responda espontaneamente. Se não, passar às perguntas que se seguem. Se houver resposta espontânea, acrescentar : " Disse que...(reformular as razões dadas pela E e continuar)...Para além disso:

Pensa que a própria idade será uma causa possível para esse (des)interesse?

E a influência dos meios de comunicação (televisão, filmes, revistas, livros) será uma outra causa possível?

Pensa que as informações que lhe foram dadas na escola sobre o assunto poderão ter influenciado esse (des)interesse?

Qual será, para si, a causa principal?

2. Como é que, na sua ideia, os jovens manifestam o seu interesse pelo sexo?

Esperar que a E responda espontaneamente. Se não, passar às perguntas que se seguem.

Se houver resposta espontânea, acrescentar: Disse que...(reformular as razões dadas pela E e continuar...) Para além disso:

Pensa que prestam atenção às imagens e à leitura de assuntos relacionados com o sexo em revistas e livros?

E prestam atenção a conversas sobre a sexualidade?

Pensa que procuram descobrir e conhecer o corpo dos outros?

Qual destas será, para si, a manifestação mais importante?

3. Pensa que estes jovens falam uns com os outros dos aspectos relacionados com o sexo?

Explorar as explicações que E apresenta para a ocorrência ou não do comportamento.

4. Agora gostaria que me falasse dos comportamentos sexuais dos jovens, i. é, para si como é que os jovens se comportam sexualmente?

Esperar que a E responda espontaneamente, se não, dizer o seguinte:

Talvez seja uma pergunta muito vaga e geral para responder de imediato. Vou fazer-lhe algumas perguntas mais concretas, por exemplo:

5. Parece-lhe que os jovens se masturbam, i.é , acariciam os seus próprios órgãos sexuais?

Explorar as explicações apresentadas pela E para a ocorrência ou não do comportamento.

Por que é que os jovens se masturbam / não se masturbam?... Só por essa razão?... Por mais alguma?

Explorar o seu carácter normativo: Pensa que este comportamento é próprio dos jovens destas idades?...Porquê?... Só por esse motivo?...Pensa que é próprio de que idade, então?...

6. Na sua opinião, os jovens costumam masturbar-se em presença de outras pessoas?

(O mesmo procedimento da pergunta 5.)

7. Pensa que os jovens gostam de mostrar os seus órgãos sexuais aos outros?

(O mesmo procedimento da pergunta 6.)

8. Acha que os jovens procuram observar, espreitar os comportamentos sexuais dos outros?

(O mesmo procedimento das perguntas anteriores)

9. Na sua opinião, os jovens têm actividades sexuais com outros jovens do mesmo sexo?

Explorar as explicações apresentadas pela E para a ocorrência ou não do comportamento.

Por que é que os jovens têm / não têm actividades sexuais com outros jovens do mesmo sexo?... Só por essa razão?... Por mais nenhuma?...

Explorar o seu carácter normativo: Na opinião de alguns pais a quem já foi feita esta pergunta, este comportamento é próprio dos jovens desta idade, outros acham que não. Qual destas opiniões é a sua?

10. Pensa que os jovens podem obrigar os outros a fazer as suas vontades sexuais?

(O mesmo procedimento das perguntas 6. , 7. e 8.)

11. Na sua opinião, os jovens desta idade têm dificuldade em controlar os seus comportamentos sexuais?

(idem)

12. Pensa que os jovens são levados a fazer as vontades sexuais dos outros?

(idem)

13. Quando um rapaz e uma rapariga, nestas idades, começam a andar juntos, pensa que :

Trocam carícias leves entre si?

Dão as mãos?

Trocam carícias atrevidas entre si?

Trocam beijos e abraços?

Destes comportamentos, qual lhe parece ser o mais frequente?

14. Parece-lhe que ocorre o namoro entre jovens desta idade?

(O mesmo procedimento da pergunta 12.)

15. Acha que estes jovens costumam trocar carícias atrevidas em público, i. é, sem terem em conta a presença de outras pessoas?

(idem)

16. Na sua opinião ocorrem relações sexuais entre os jovens desta idade?

Por que é que ocorrem / não ocorrem relações sexuais entre os jovens desta idade?

Explorar as explicações apresentadas pela E para a ocorrência ou não do comportamento.

Só por essa razão?...Por mais alguma?

Se a resposta de E tiver sido afirmativa, acrescentar:

Disse que... (reformular as razões dadas pela E e continuar) ...Para além disso, se lhe apresentar como outras causas possíveis... (enumerar os itens da listagem 16.1 que não foram contempladas na resposta da E.)

16.1 Vou dar-lhe algumas causas possíveis para ocorrência das relações sexuais entre os jovens:

- A curiosidade é, para si, uma causa possível?

- E a simples procura de prazer?

- O desejo de agradar ao outro pode ser também uma causa possível para essas relações sexuais?

- E a insistência do parceiro?

Qual será para si, de todas estas, a causa principal?

IV - Fecho da Entrevista

Há mais alguma coisa relacionada com os aspectos da vida sexual destes jovens que gostasse de acrescentar?

Muito obrigada pela sua colaboração!

VINHETA

Enquanto responde à entrevista sobre a Sexualidade dos Jovens com D.M. do sexo... com idades entre os 14 e os 17 anos, gostaria que tivesse em conta que eles apresentam, de forma geral, as seguintes características:

- Comem, vestem-se, cuidam da sua higiene pessoal sozinhos, e à medida que vão crescendo, alguns não precisam mesmo de qualquer tipo de supervisão/orientação.
- São capazes, por exemplo, de correr, saltar à corda e podem mesmo aprender a andar de bicicleta.
- Utilizam objectos e utensílios sem dificuldade.
- Conseguem manter conversas simples, contar as suas experiências do dia a dia. Chegam a ler palavras e mesmo frases simples.
- Escrevem o seu nome e direcção e, por vezes, escrevem pequenas frases.
- São capazes de aprender a fazer contas simples de somar e de subtrair e usam-nas em situações concretas.
- São capazes de seguir regras simples, de colaborar com os outros em actividades de grupo e de participar em jogos competitivos, como por exemplo, atletismo.
- Vão sendo capazes de fazer alguns trabalhos domésticos como, por exemplo, fazer a cama, preparar refeições simples...
- Conseguem deslocar-se e utilizar um transporte público sozinhos, em percursos habituais/familiares.

Anexo 3 - SISTEMAS DE CATEGORIZAÇÃO

GRADE DE CATEGORIZAÇÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS

1. Conhecimento sexual: compreende os indicadores em que o adolescente é visto como sendo capaz de localizar e nomear diferenças anatómicas internas e externas entre os dois sexos, assim como de saber o que são e como se processam fenómenos tais como a menstruação, a erecção e a ejaculação, as relações sexuais, a reprodução, a gravidez, o parto, a contracepção ou as D.S.T.

Expls: " Ele sabe o que é o preservativo, o que é a pílula, o que é ter filhos, o meu filho está a par de tudo..." (entrev. 19)

"Noto que ele sabe destes assuntos (da sexualidade) porque tenho encontrado livros a falar disso...sobre o preservativo..."(entrev. 31)

2. Comportamentos exploratórios de natureza sexual:

2.1 Manifestações de interesse sexual: abrange os indicadores em que o adolescente é visto como apresentando gestos, palavras, movimentos, posturas, expressões corporais e acções denunciadoras do seu interesse (investimento energético interno) pelos aspectos relacionados com a sexualidade. Estas manifestações de interesse sexual podem assumir como forma de expressão: prestar atenção às cenas relacionadas com o sexo na tv; prestar atenção a conversas sobre a sexualidade, fazer perguntas, conversar, fazer comentários sobre assuntos relacionados com o sexo; procurar activamente filmes eróticos, vídeos, revistas, livros; procurar observar / espreitar as pessoas envolvidas em actividades sexuais para saber como é.

Expls: "Sim, sim, capta e reproduz aquilo que ouve, por exemplo, os comentários que ouve os rapazes a fazerem sobre estes assuntos (do sexo). (entrev. 1)

" Quando está a dar algum filme na TV que mete sexo, fica assim muito atento, muito entusiasmado...Se a gente lhe disser « Muda para os macacos (desenhos animados)! » já não lhe interessa, interessa-lhe aquilo..." (entrev. 11)

"Tudo o que dá na TV em que entre sexo lhe chama a atenção." (entrev.27)

" Ele faz já várias perguntas que não está à minha altura responder..." (entrev. 17)

" Ele presta atenção às cenas de sexo que vê na TV ou entre as pessoas. Ele gosta de ver, ele assobia ou diz « São jeitosas, pernas boas...que carapau...»

Quando vê uma rapariga jeitosa na rua começa logo a assobiar « Ó mãe, é linda...quebrada» ." (entrev. 9)

" Procuram ver o que está a fazer um par de namorados dentro de um carro para esclarecer-se, eles procuram esclarecer-se através da visão, que é a coisa mais fácil." (entrev. 8)

" Os adolescentes procuram observar os comportamentos sexuais dos outros. É normal nesta idade de que lhe desperte a curiosidade, o conhecimento de coisas novas. " (entrev. 20)

" O meu quarto fica em frente do do R., às vezes para adormecer fecho a porta e ele começa assim « Ó mãe, abre a porta, que tu estás a fazer amor com o meu pai!» E eu digo « O quê, rapaz? » «Nada, nada, mãe...vai nanar com o pai! » " (entrev. 11)

2.2 Jogos sexuais com o sexo oposto: refere-se aos indicadores em que o adolescente é visto como tendo brincadeiras sexuais com uma pessoa do sexo oposto, com o objectivo de descobrir, explorar fisicamente o corpo desta. As formas de expressão que estas brincadeiras assumem vão desde o comportamento de fazer cócegas até ao apalpar as zonas mais íntimas do corpo.

Expls : " Às vezes ele está na explicação e passa uma miúda que lá está e ele vai e trás!...faz-lhe cócegas, dá-lhe uns apalpõezinhos..." (entrev. 1)

" Penso que procuram através de jogos do tipo apalpar, beliscar, fazer cócegas, conhecer o corpo das raparigas...Penso que para eles é muito importante tocar para procurar conhecer, descobrir....Tem que ser mais real..." (entrev. 2)

" Ouvem-se os miúdos a contar que fulano vai para trás da Escola, da cantina e mais não sei o quê, com esta ou aquela miúda e que é mãozinha ali..., mãozinha acolá..." (entrev. 19)

2.3 Jogos sexuais com os jovens do mesmo sexo: incluem-se os indicadores em que o adolescente é visto a participar em experimentações sexuais com outro jovem do mesmo sexo.

Expls: "Podem acontecer (actividades sexuais entre jovens com o mesmo sexo) porque faz parte da idade da adolescência em que os jovens têm tendência a experimentar, a descobrir coisas novas...O funcionamento do corpo deles é de certo modo uma novidade para eles...Então há que experimentar. " (entrev. 23)

" Penso que isso (actividades sexuais com o mesmo sexo) acontece...mas que é passageiro nesta idade." (entrev. 19)

" Acho que é um comportamento (que ocorrem actividades sexuais entre o mesmo sexo) habitual nos adolescentes desta idade...Eles convivem mais rapazes com rapazes e torna-se mais fácil qualquer tipo de ligação do que com a própria rapariga." (entrev. 32)

" Acho que isso (actividades sexuais com o mesmo sexo) pode acontecer, mas só no campo da experimentação, de ver como é, depois desaparece." (entrev. 30)

2.4 Comparação do seu corpo com o dos outros do mesmo sexo: corresponde aos indicadores em que o adolescente é visto a mostrar os seus órgãos sexuais e ou o seu corpo nú, assim como a ver os dos seus pares do mesmo sexo, com o objectivo de estabelecer comparações.

Expls: " Eu acho que sim, gostam de mostrar..., ao tomarem banho, a brincarem uns com os outros...Acho que acontece eles compararem...porque um pode ter um maior (pénis), outro um mais pequeno ou mais pêlos ou assim..." (entrev. 26)

" Os rapazes têm mais essa mania...« Olha, a minha é maior...» ou « A minha é mais pequena...» Têm essa mania, gostam de fazer essas comparações para confirmar se está dentro das dimensões que eles acham normais...(entrev. 23)

" Os outros adolescentes com deficiência mental, mesmo até os normais gostam de mostrar o que têm...aos outros que ainda não têm... ou não têm os órgãos (sexuais) do mesmo tamanho. " (entrev. 15)

" Eu penso que sim..., que nos balneários a mostram assim uns aos outros, digamos, por uma questão de comparação em que... Vêem, o meu (pénis) é assim, o teu (pénis) é assado..." (entrev. 30)

3. Comportamentos auto-eróticos:

3.1 Masturbação: abrange todos os indicadores em que o adolescente é visto a acariciar, a estimular os seus órgãos genitais com o objectivo de provocar excitação, de obter prazer sexual.

Expls: " Sei que o meu filho se masturba...nessas alturas fecha sempre a porta do quarto. " (entrev. 1)

" Sim, sim (masturba-se). Gosta de mexer na minhoquita. Não é sempre, nem todos os dias... mas estando só lá no quarto é que isso então acontece mais. " (entrev. 11)

" Sim (masturbam-se) porque como não têm possibilidades de terem relações sexuais, este é um meio de satisfazer as suas carências neste domínio. " (entrev. 18)

" Acho que sim que se masturbam devido à transformação do corpo que acontece nesta idade. " (entrev. 26)

" Acredito que os adolescentes com deficiência mental se masturbam que peguem no corpo deles e que vejam como ele é...Notam que não são os mesmos que eram...é natural que mexam..." (entrev. 16)

3.2 Fantasias sexuais: refere-se a todos os indicadores em que o adolescente é representado como elaborando uma interacção imaginária, de conteúdo afectivo e ou sexual, com outrém, funcionando esta fantasia só ou como parte de um outro comportamento sexual. Expls: " Pega numa revista que tenha uma «Menina», põe-na no chão e põe-se ali a dar beijos na boca dela...Quando não fôr uma menina, numa revista, está com a boca no chão a fazer isso assim (simular um beijo na boca)...Na cama põe uma fotografia na frente da boca, uma imagem duma revista, com uma rapariga quanto mais provocadora melhor." (entrev. 7)

" Aquilo (masturbação) deve ser um bocado em que eles imaginem...e vão fazer isso..." (entrev. 32)

" Eles vão-se satisfazendo assim a imaginar-se em cenas picantes com as raparigas..." (entrev. 18)

4. Comportamentos de conquista de autonomia: inclui os indicadores de comportamentos em que o adolescente é visto a lutar pela diferenciação, pela separação e independência emocional dos pais, assumindo a procura de espaços e de momentos de privacidade física e psicológica para a realização dos seus comportamentos sexuais, assim como as manifestações de desagrado pela sua invasão, uma das suas formas de expressão mais importantes.

Expls: " Os deficientes mentais não querem estar fora dos pais, contrariamente aos jovens dos dois sexos normais...Não querem ir para fora dos pais para se relacionarem." (entrev. 5)

" Se a gente lhes falar determinadas coisas, eles são capazes de dizer que já sabem...que sabem muito bem o que querem e mais não sei quê." (entrev. 24)

" Começou a querer um quarto só para si...« Vai embora, Mãe! Fecha a porta!» " (entrev. 1)

" Se estiver lá nisso (masturbar-se) e me vir, que eu chegue de repente, faz o gesto e diz « Vai-te embora! »...No caso do meu filho, ele manda-me sair do quarto quando está (a masturbar-se)..." (entrev. 7)

5. Comportamentos de auto-afirmação: incluem-se todos os indicadores em que o Adolescente é representado como desejando manter ou aumentar o poder ou a importância em relação aos outros, do mesmo sexo ou do sexo oposto, usando para tal acções ou palavras que evidenciem atributos ou características próprias (sexuais ou comportamentais)

Expls: " « Eu já namorei 3 ...eu já namorei 5...»...Vão falar com os amigos e vão até gabar-se às vezes do que não fizeram. " (entrev. 25)

" Atrevem-se a fazer qualquer coisa, às vezes as raparigas não gostam, nem estão de acordo, para se fazerem de "grandes". Começam a gabar-se um bocado e a dizer «Vês como eu fiz isso, aquilo e tal e ela deixou...» " (entrev. 32)

" Às vezes até se servem do que viram para ficarem por cima, para se gabarem aos outros e dizer que foram eles que fizeram." (entrev. 29)

6. Comportamentos amorosos:

6.1 Comportamentos de sedução: abrange os indicadores de comportamentos em que o adolescente é visto a cuidar e a valorizar a sua aparência física (imagem corporal), assim como a olhar de determinada maneira, a elogiar, a fazer gestos de cortesia e a procurar a proximidade física, a fazer favores, a atrair a atenção, a oferecer presentes com o objectivo de tentar convencer a pessoa (objecto de sedução) de que o sedutor é a pessoa ideal de quem ela deve gostar.

Expls: " Conheci o caso de um rapaz com D.M. que queria agradar a uma miúda também com D.M. ... andava sempre atrás dela...almoçava junto dela...Uma vez, para lhe chamar a atenção, empestou-se de tal forma com um perfume qualquer que ninguém aguentava junto dele..." (entrev. 6)

" Já notei mesmo a nível do olhar para a figura dele, do vestir...Olha mais para a figura dele." (entrev. 19)

" Noto que ele tem vaidade, que gosta de se perfumar, de se pentear, gosta de levar os óculos escuros para fazer desfile..." (entrev. 9)

" Colheu uma flor no jardim e disse « É para a minha namorada.» e fez um gesto de como é que ia dar... No dia seguinte, lá levou a flor para dar à miúda..." (entrev. 9)

" Se vir uma rapariga jeitosa na praia, aproxima-se... Mete conversa com ela... torna-se simpático... toma-se com ela..."

6.2 Namoro: incluem-se indicadores de acções em que é imaginado um relacionamento amoroso concreto entre dois jovens, cuja duração, intensidade de envolvimento amoroso e ou sexual são variáveis.

Expls: " Acho que quase tudo namora, mas nem sempre com a mesma... Vão namoriscando..." (entrev. 25)

" Sim, acho que sim... que há muitos jovens a namorar... Acho que são namoros passageiros: hoje namoram com uma, amanhã com outra..." (entrev. 32)

" Muitos deles não dão o nome de namoro, é o «meu amigo» ou «amiga». (...) Essa «amiga» tem um significado específico que é diferente das outras amigas... Conheço jovens de 17, 18 anos que saem hoje com uma amiga, amanhã com outra, que vão curtir..." (entrev. 19)

" Acho que sim, que o namoro acontece sempre que o feminino e o masculino, a partir desta idade, se encontram. Diferentes ou não... Tudo depende de onde ele puser os olhos e se ela vai ou não gostar..." (entrev. 15)

7. Comportamentos sócio-sexuais:

7.1 Comportamentos sexualizados: refere-se aos indicadores em que dois adolescentes de sexo oposto são representados a ter comportamentos, expressando um certo envolvimento romântico, cujo contacto físico se restringe ao beijar-se, meter o braço, dar as mãos, trocar carícias leves, trocar olhares, abraçar-se...

Expls: " Beijinhos e abraços é natural que sim (que os jovens com deficiência mental de sexo diferente troquem entre si)... Não quer dizer que não cheguem às carícias mais atrevidas... Mas aí só às escondidas dos professores ou lá fora da escola." (entrev. 3)

" O meter o bracinho... a troca de carícias leves, são os comportamentos mais frequentes entre eles (deficientes mentais dos dois sexos)... (entrev. 4)

" Os comportamentos sexuais que podem ocorrer entre dois jovens com deficiência mental de sexo diferente são, em geral, dar as mãos, beijinhos e abraços, é o que se vê mais... Nada de carícias atrevidas..." (entrev. 13)

" Felizmente que nós encontramos ainda adolescentes a andar de mãozinhas dadas, a trocarem uns beijinhos, uns mimos..." (entrev. 32)

7.2 Agarração: abrange todos os indicadores em que dois adolescentes, de sexo oposto, são vistos a ter interações eróticas ousadas em público, isto é, a acariciarem-se, a roçarem-se mutuamente em zonas do corpo consideradas mais íntimas: mamas, zona genital.

Expls: " Acho que sim, que chegam mesmo a trocar carícias atrevidas em frente das pessoas...Eles acham isso normal...vêm os outros a fazer e fazem mesmo." (entrev. 16)

" Ui,ui! Eles esfregam-se aí a torto e a direito, é nos cafés, nos carros, nos autocarros. (...) Eles estão tão cegos de loucura que eles não vêem ninguém. " (entrev. 22)

" Vê-se nas ruas...eles é beijos na boca, eles deitam-se em cima um do outro, fazem todas as coisas e mais não sei o quê..." (entrev. 24)

" Vêem-se jovens de 13, 14, 15 anos na maior agarração." (entrev. 30)

7.3 Relações sexuais: compreende os indicadores em que dois adolescentes de sexo oposto são representados a ter relações sexuais, isto é, a copular.

Expls: " Acho difícil (ocorrerem relações sexuais entre jovens com deficiência mental de sexo diferente) porque para acontecer uma coisa dessas eles precisam de refúgio...de privacidade. Acho praticamente impossível que isso aconteça." (entrev. 10)

" Eu acho que pode haver (relações sexuais entre jovens deficientes mentais de sexo diferente) ." (entrev. 15)

" Acho que sim (que agora ocorrem relações sexuais), que agora há mais...Os jovens destas idades querem saber o prazer que se sente em fazer sexo e depois, atrás disso, vão sentindo necessidade. " (entrev. 17)

" Eu acho que os jovens de hoje sentem muita necessidade de sexo, têm muitos instintos...começam logo pela sexualidade. Acho que agora é pelas relações sexuais que começam...Está muito avançado tudo isto para a idade..." (entrev. 26)

7.4 Comportamentos homossexuais: abrange os indicadores em que o adolescente é visto a ter trocas sexuais, sentimentos amorosos, fantasias, atracção pelo mesmo sexo e a definir-se a si próprio/auto-definir-se como homossexual.

Expls: " Eu já reparei com uma situação, vi dois rapazes a namorar como se fosse um rapaz e uma rapariga, ...muita gente viu... (...) Conheci um adolescente que ele próprio admitia ser homossexual, ele só gostava de um fulano, ele não

estava para mais ninguém, ele só estava para o fulano, ele começou assim a assumir-se como tal..." (entrev. 24)

" Há também aqueles que infelizmente são assim...(Homossexuais) ou nasceram assim...Daí que um que seja assim possa tentar outro e aí começa qualquer coisa. E eles tomam gosto e depois perdem o interesse pelas raparigas...Isto é a parte pior..." (entrev. 25)

" Penso que sim, que podem acontecer (actividades sexuais entre os adolescentes com D.M. do mesmo sexo), pois se houver uma tendência natural, eles irão segui-la como se fosse uma relação heterossexual." (entrev. 2)

8. Comportamentos de defesa perante as intenções de abuso: incluem-se todos os indicadores em que o adolescente é representado como capaz de perceber, recusar e resistir à tentativa de manipulação, indução por outrém da sua vontade sexual.

Expls: " Acho que sim, que são levados a fazer as vontades sexuais dos outros. O enrolar da conversa e tal...faz com que eles caiam nas armadilhas." (entrev.32) ; (entrev. 9)

" Sim, sim, acho que pode ser levado a fazer as vontades sexuais dos outros, porque ele não se sabe defender, é capaz se alguém falar com ele de ir...Ele acredita em todos, não distingue os que lhe querem fazer mal dos outros." (entrev. 9)

" Não são levados a fazer as vontades sexuais dos outros se forem preparados, defendem-se." (entrev. 13) ; (entrev. 19) ; (entrev. 23)

" Não, não são levados a fazer as vontades sexuais dos outros porque eles, hoje em dia, sabem-se defender." (entrev. 19)

" Eu acho que só no caso de eles serem ameaçados de morte é que não terão saída, senão terão capacidade para dizer não, para fugir." (entrev. 23)

" Se o souberem levar, é muito mais fácil levarem o meu filho a fazer o que eles querem sexualmente, que um da mesma idade normal." (entrev. 1)

9. Controlo dos impulsos sexuais: incluem-se todos os indicadores em que o adolescente é representado com a capacidade de resistir e adiar a satisfação dos seus impulsos sexuais, sem recurso à orientação, supervisão exterior, para espaços e momentos socialmente convencionados como adequados para a sua realização.

Expls: " Sim, tem dificuldade em controlar os seus comportamentos sexuais. Às vezes não se sabem segurar, vem-lhes uma ideia à cabeça e vai...Não se sabem controlar...o que lhes aparecer à frente, vai...Acho que são capazes de se atirar de cabeça." (entrev. 32)

" Acho que não tem dificuldade em controlar os seus comportamentos sexuais". (entrev. 1)

" Acho que ele não tem dificuldade assim em controlar os tratos...no caso do meu D. até se porta melhor que os normais, não faz cenas que a gente vê os outros a fazer na rua." (entrev. 9)

" Eu acho que não tem dificuldade... não estou a ver assim com dificuldade em controlar os seus comportamentos sexuais. Sinceramente não estou..." (entrev. 19)

" Acho que os adolescentes não têm dificuldade em controlar os seus comportamentos sexuais...É capaz de haver alguns que são mais impulsivos e mais activos que outros, mas isso tem a ver com a personalidade de cada um e reflecte-se em toda a maneira de ser e não apenas a nível sexual..." (entrev. 23)

" Eu acho que sim, que tem dificuldade em controlar os seus comportamentos sexuais...Não conseguem esperar..." (entrev. 21)

10. Comportamentos sexuais desviantes:

10.1 Coacção sexual: incluem-se todos os indicadores em que o adolescente é representado como podendo forçar os outros jovens, quer do sexo feminino, quer do sexo masculino, a fazer as suas vontades sexuais.

Expls: " Ai obrigam!... Eu acho que sim. Acho que às vezes forçam as raparigas." (entrev. 29)

" Pode acontecer de obrigarem as raparigas a fazer as suas vontades sexuais, embora as raparigas não queiram. (entrev. 11)

" Se eles estiverem com aquela ideia (fazer sexo) podem obrigar (...) Força para obter aquilo que quer... Vai tentar, vai ser violento...É violento naquela altura, é aquilo que ele quer..." (entrev. 8)

" Podem obrigar (a fazer as suas vontades sexuais)...quando estão com vontade de querer realizar-se e elas não querem, podem obrigá-las à força." (entrev. 24)

10.2 Prostituição: inclui todos os indicadores em que o adolescente é imaginado a ter actividades sexuais com um adulto desconhecido a troco de recompensas materiais.

Expls: " Há miúdos que vão servir (sexualmente) algumas pessoas, até de idade, homens já com certa idade." (entrev. 32)

" Penso que os jovens não são levados a fazer as vontades sexuais dos outros. Hoje em dia, acho difícil enganar um jovem só com palavras doces...se é a troco de alguma coisa, aí já, porque quer." (entrev. 18)

" Não, (não são levados a fazer as vontades dos outros)... há muito rapaz que vai pela falta de dinheiro, pelo vício do cigarro ou seja por que vício for..." (entrev. 27)

Cotação:

Cota-se a frequência dos indicadores de cada entrevista em cada categoria e subcategoria.

GRADE DE CATEGORIZAÇÃO DAS EXPLICAÇÕES DAS ENTREVISTADAS ACERCA DA INTENSIDADE DA SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES

- Hipossexualizada: é constituída por todos os indicadores de explicações em que o comportamento sexual dos adolescentes é considerado pelas entrevistadas como revelador de pouco investimento e ou interesse sexual. Esta categoria foi codificada pela abreviatura Hipo. Exemplos: " Que eu me aperceba, não se interessa (pelos assuntos relacionados com sexo), porque nalgumas coisas que ele faz eu ainda noto que ele é muito infantil...Embora seja já praticamente um homem com 16 anos, porta-se como se tivesse 11 ou 12 anos. É capaz de estar a brincar com legos, com raparigas, sem maldade." (entrev. 13)

" É ainda muito inocente, muito sossegadinho. No campismo brincava com as crianças mais novas e as próprias mães deixavam porque diziam: « O H. é tão inocente que parece uma menina no meio delas...» ." (entrev. 19)

" Não se interessa tanto pelos assuntos do sexo quanto eu, para ser sincera, esperava para a idade dele." (entrev. 23)

" Acho que nunca chegarão ao nosso nível. São muito inocentes...Já ficam todos felizes com um beijinho e um abraço...A mentalidade deles mantém-nos muito inocentes..." (entrev. 10)

" Uma grande parte dos jovens desta idade tem maior interesse pelo desporto que pelo sexo, porque são ainda imaturos, infantis, ainda têm pouca apetência para isso...Pensa mais na bola..." (entrev. 18)

- Hipersexualizada: corresponde a todos os indicadores de explicações em que os comportamentos sexuais dos adolescentes são vistos pelas entrevistadas como desmesurados, descontrolados, exagerados, ultrapassando o que consideram socialmente próprio e correcto para a sua idade. Para codificar esta categoria utilizou-se a designação Hiper.

Exempls. " Conheço casos de deficientes mentais que andam de tal modo alterados com o sexo que chegam à beira de uma rapariga...e até conheço o caso de um filho virar-se à mãe e o pai à sapatada tentar acalmá-lo...porque ficam alterados com o sexo ..." (entrev. 7)

" Penso que talvez haja uma maior motivação para a parte sexual...haverá uma maior intensidade...Faz parte da natureza deles." (entrev. 2)

" Acontece frequentemente (que os jovens troquem carícias atrevidas em público)...Eu acho que eles estão muito avançados neste aspecto, chegam cedo demais à sexualidade." (entrev. 20)

" Eu acho que os jovens de hoje sentem muita necessidade de sexo, têm muitos instintos...começam logo pela sexualidade...Acho que agora é pelas relações sexuais que começam...está muito avançado...tudo isto para a idade..." (entrev. 26)

" Sim, cada vez ocorrem mais relações sexuais entre os adolescentes dos dois sexos mais cedo...Começam a fazer coisas (de natureza sexual) que nós fazíamos em adultos...Não sei, mas eu fico um bocado chocada porque acho que é mesmo o instinto, o desejo da hora e não pensam no que possa acontecer." (entrev. 31)

Todos os comportamentos que não foram considerados hipo ou hiper foram cotados como normativos.

- Normativa: corresponde a todos os indicadores de explicações em que os comportamentos sexuais dos adolescentes são considerados pelas entrevistadas como normais, próprios, isto é, característicos da maioria dos adolescentes da sua idade. Esta categoria foi codificada com a abreviatura Norma.

GRADE DE CATEGORIZAÇÃO DAS EXPLICAÇÕES DAS ENTREVISTADAS ACERCA DA ORIGEM DA SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES

- Explicações intrínsecas: são constituídas por todos os indicadores em que as características sexuais dos adolescentes são explicadas pelas entrevistadas por razões internas, tais como características biológicas ou psicológicas, intrínsecas aos próprios adolescentes. Este tipo de explicações tende a acentuar o carácter adequado ou inadequado dos comportamentos sexuais dos adolescentes. Esta categoria foi codificada com (I).

Foram consideradas explicações intrínsecas as que apelam a:

- Factores de ordem biológica tais como a maturidade biofisiológica, a idade, o instinto, o impulso e a necessidade sexual.

- Afectos e emoções tais como o desejo de experimentar novas sensações (eróticas); o desejo de afirmação pessoal e sexual; a procura de prazer, a excitação sexual, a atracção sexual; o desejo de agradar, o amor, o afecto.

Traços de personalidade tais como : calmo, meigo; descarado, atrevido, desinibido; tímido, envergonhado; malicioso, espetivado; infantil, inocente; sobreconfiante; inseguro; indefeso (vulnerável ao abuso); impulsivo, reflexivo; desrespeitoso, irresponsável, desobediente, provocador, irreverente, com défice moral, irrepreensível, responsável. consciencioso.

- Inteligência: défice no desenvolvimento mental e competências percebidas da imagem sexual do seu corpo.

Exemplos. " Este desinteresse é devido à mentalidade, à deficiência mental." (entrev. 3)

" É o instinto que está a puxar...e enquanto não fizer aquilo, não se masturbar, não fica bem..." (entrev. 8)

" Eu acho que ele é capaz de falar pouco (com os outros adolescentes dos aspectos relacionados com o sexo) porque ele é um bocado envergonhado, é tímido, é reservado como o pai." (entrev. 25)

" Gostam de se exhibir, porque são descarados, atrevidos, porque sabem muito bem o que estão a fazer... Não têm é vergonha." (entrev. 22)

" Se ele ~~entiver~~ nisso (masturbação)...e que eu chegue...para , deixa de fazer...Ele é muito recatado, muito calmo." (entrev. 7)

" Quando eles têm desejo (de fazer sexo) e elas não querem, eles obrigam-nas para se satisfazerem." (entrev. 32)

- Explicações extrínsecas: abrange todos os indicadores em que os comportamentos sexuais dos adolescentes são explicados por razões externas aos próprios adolescentes, isto é, provenientes de factores de ordem social e ambiental. Este tipo de razões tende a atenuar ou suavizar o carácter adequado ou inadequado dos comportamentos sexuais dos adolescentes. Esta categoria foi codificada como (E). Foram consideradas explicações extrínsecas as explicações que se relacionam com factores de ordem ambiental e social como a influência dos pais (através do tipo de comportamento sexual, de atitudes, por exemplo, de instigação, do tipo de práticas educativas autoritárias, permissivas ou democráticas), dos professores e de outros adultos significativos (através da informação sexual e do tipo de práticas educativas autoritárias, permissivas ou democráticas), de outros adultos (através do tipo de comportamento sexual e de atitudes de aliciamento ao abuso sexual), do convívio com os pares (através da informação sexual, do tipo de comportamento sexual e de atitudes de manipulação, de instigação, de atracção...), do convívio com o sexo oposto (através do tipo de comportamento sexual e de atitudes de sedução, instigação, atrevimento, provocação), dos media (através do tipo de informação, de atitudes e de comportamentos sexuais que transmitem), de espaços e ambientes instigadores (que estimulam a emergência de comportamentos sexuais) e da liberdade de valores, de costumes e de normas sexuais da sociedade actual.

Exempls: " Nem sequer sabem que estão a fazer o mal porque infelizmente a televisão... eles vêem, se aquilo (sexo) é natural..." (entrev. 5)

" Queixaram-se na escola que ele apalpa as miúdas...talvez isso aconteça por ver os outros. Não devia ter sido iniciativa dele...deviam ter sido os outros colegas a mandá-lo fazer..." (entrev. 9)

" Carícias atrevidas? Podem trocar, mas só às escondidas dos professores, lá fora, não? Sem a vigilância dos professores... Depende do que vêem em casa, da educação...Valha-me Deus, se há coisa que eles vêem depressa são as maldades! " (entrev. 3)

" Acho que eles trocam carícias atrevidas na frente das pessoas porque o mundo agora está tão liberal que eles vêem fazer isso na frente das pessoas. " (entrev. 16)

" Isso (actividades sexuais com o mesmo sexo) são coisas em que eles são influenciados uns pelos outros...vão uns atrás dos outros e acabam por experimentar. " (entrev. 22)

" Eu acho que não...que agora só faz quem quer (sexo)...Elas é que os provocam, podem dizer que eles obrigam, mas eu acho que elas sabem muito bem defender-se... Nesta idade eles até têm medo delas..." (entrev. 26)

Anexo 4 - RESULTADOS

Quadro 1.1- Comportamentos presentes adequados (%), perspectiva das entrevistadas

Quadro 1.1- Comportamentos presentes adequados (%), perspectiva das entrevistadas																																			
N	Válidos	Faltas	Conheci- mento sexual		K		exploratórios auto eróticos		K		Luta pela autonomia		K		auto- afirmação		K		amorosos		K		sócio- sexuais		K		de defesa		Controlo dos impulsos sexuais		K		sexuais desviantes		
			32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	32	0	
Média			1,5888	0	37,5768	0	10,1626	0	3,0706	1,9415	8,6154	17,5891	1,4129	0	9023	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Mediana			0,0000		38,4649		7,4770		8,333	0,000	7,2219	17,3163	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Moda			0,00		36,17		5,56		0,00	0,00	0,00	18,87	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Desvio- padrão			2,6962		14,3066		8,2732		4,1250	2,5540	6,1796	6,4075	2,7511		1,9449																				
Mínimo			0,00		0,00		2,13		0,00	0,00	0,00	5,13	0,00		0,00																				
Máximo			8,51		66,67		34,62		16,82	9,09	21,50	38,46	9,09		6,56																				

a -Existem múltiplas modas. Indica-se o valor mais baixo.

Quadro 1.2 - Comportamentos presentes adequados (%), perspectiva do investigador

Quadro 1.2 - Comportamentos presentes adequados (%), perspectiva do investigador																													
			Conheci- mento sexual		K	exploratórios	K	auto eróticos	Luta pela autonomia	K	auto- afirmação	K	amorosos	K	sócio- sexuais	K	de defesa	Controlo dos impulsos sexuais	K	sexuais desviantes									
N	Válidos	Faltas	32	0	32	32	0	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32									
Média	1,5888		0		39,5764	9,7017	3,0706	1,3914	8,9365	24,2112	1,4129	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
Mediana	0,0000		38,1322	7,4770	8,333	0,000	0,000	0,000	8,0593	23,3300	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000									
Moda	0,00		15,09	5,56	0,00	5,56	0,00	0,00	0,00	22,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00									
Desvio- padrão	2,6962		12,2388	7,6598	4,1250	1,9992	6,1213	8,6380	2,7511	1,9449	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00									
Mínimo	0,00		15,09	2,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00									
Máximo	8,51		66,67	34,62	16,82	7,14	21,50	40,98	9,09	6,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00									

a -Existem múltiplas modas. Indica-se o valor mais baixo

Quadro 2.1- Tipos e subtipos de comportamentos presentes adequados (%), perspectiva das entrevistadas

	Conheci- mento sexual	K exploratór ios	Interesse sexual	Jogos sexuais mesmo sexo	Jogos sexuais oposto sexo	Compara ção do corpo mesmo sexo	K auto- eróticos	Mastur- bação	Fantasia sexuais	Luta pela autono- afirmação mia	K de auto- afirmação	K amorosos	Sedução	Namoro
N	Valid Missing	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0
Média	1,7575	44,1255	34,4325	4,7557	1,4953	3,4421	12,4708	10,0176	2,4532	3,5145	2,3776	9,9561	3,3663	6,5898
Mediana	,0000	45,8824	34,9940	4,3478	,0000	,9615	9,0909	8,4934	,0000	,9804	,0000	8,8933	,7813	5,4805
Moda	,00	50,00	20,00	,00	,00	,00	3,92	3,92	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Desvio- padrão	2,8636	14,4172	11,7231	3,5990	2,5388	5,1093	10,1105	8,2570	4,9621	4,5841	3,0966	6,6438	4,6664	5,8783
Mínimo	,00	,00	,00	,00	,00	,00	2,63	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo	8,51	67,65	55,56	12,50	10,00	22,73	42,19	40,00	20,00	17,65	10,53	23,33	16,33	23,33

a -Existem múltiplas modas. Indica-se o valor mais baixo.

Quadro 2.1 (cont.) - Tipos e subtipos de comportamentos presentes adequados (%), perspectiva das entrevistadas

	K socio- sexuais	K sexualizados	Agarração	Relações sexuais heterossexu- ais	Relações sexuais homossexu- ais	Relações sexuais de defesa	K Controlo dos impulsos sexuais	K desviantes	Coacção	Prostituição
N	Valid Missing	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0	32 0
Média	23,1945	13,6472	3,0186	5,5271	1,0016	1,6666	,9311	,0000	,0000	,0000
Mediana	21,2618	10,6979	,4902	4,6329	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Moda	15,79	10,53	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Desvio- padrão	13,9727	10,0358	4,0197	5,2969	2,2649	3,2370	1,9944	,0000	,0000	,0000
Mínimo	6,25	3,13	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo	85,71	57,14	13,04	28,57	8,33	10,94	6,56	,00	,00	,00

a -Existem múltiplas modas. Indica-se o valor mais baixo.

Quadro 2.2- Tipos e subtipos de comportamentos presentes adequados (%), perspectiva do investigador

	Conhecimen- to sexual	K exploratór ios	Interesse sexual	Jogos sexuais mesmo sexo	Jogos sexuais oposto sexo	Compara ção do corpo mesmo sexo	K auto- eróticos	Mastur- bação	Fantasia sexuais	Luta pela autono- mia	K de auto- afirmação	K amorosos	Sedução	Namoro
N	Válidos	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
	Faltas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média		1,6839	43,1419	34,2887	4,4513	1,6476	2,7543	8,6921	2,3721	3,3067	1,5340	9,7771	2,9042	6,8729
Mediana		,0000	40,5357	34,3043	3,7857	,0000	,8929	6,2199	,0000	,8929	,0000	9,0000	,7353	6,2020
Moda		,00	50,00	32,14	,00	,00	,00	4,35	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Desvio- padrão		2,8677	11,3256	10,1196	3,6755	2,5275	3,5721	6,8255	4,9584	4,3683	2,2825	6,6254	4,3923	5,6405
Mínimo		,00	23,21	16,07	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo		9,09	66,67	55,56	13,04	10,00	13,33	28,00	20,00	16,98	8,70	22,58	17,02	22,58

a -Existem múltiplas modas. Indica-se o valor mais baixo.

Quadro 2.2 (cont.) - Tipos e subtipos de comportamentos presentes adequados (%), perspectiva do investigador

	K socio- sexuais	K sexualizados	Agarração	Relações sexuais heterossexu- ais	Relações sexuais homossexu- ais	K de defesa	Controlo dos impulsos sexuais	K desviantes	Coacção	Prostituição
N	Válidos	32	32	32	32	32	32	32	32	32
	Faltas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média		26,9737	10,8934	6,1944	2,6097	1,5466	,9717	,0000	,0000	,0000
Mediana		26,6963	9,4444	4,1739	1,3646	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Moda		20,00	7,14	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Desvio- padrão		10,2117	5,1518	5,0583	3,7875	3,0153	2,0898	,0000	,0000	,0000
Mínimo		8,57	2,86	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo		44,64	22,22	23,53	17,86	10,29	6,56	,00	,00	,00

a -Existem múltiplas modas. Indica-se o valor mais baixo

Quadro 3.2- Tipos e sub-tipos de comportamentos presentes inadequados: perspectiva do investigador

	Conhecimento sexual		K exploratórios		Interesse sexual		Jogos sexuais mesmo sexo		Jogos sexuais oposto sexo		Comparação do corpo mesmo sexo		K auto-eróticos		Masturbação		Fantasias sexuais		Luta pela autonomia		K de auto-afirmação		K amorosos		Sedução		Namoro	
	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
N	Válidos	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
	Faltas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média		,0000	10,7166	4,0343	5,9011	,7813	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	6,4200	,0000	6,4200	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	11,5476	,0000	1,6667	1,6667	,0000	,0000	,0000	,0000
Mediana		,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Desvio-padrão		,0000	23,2028	12,0567	18,7123	4,4194	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	12,5203	,0000	12,5203	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	23,5912	,0000	6,7733	6,7733	,0000	,0000	,0000	,0000
Mínimo		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	42,11	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo		,00	100,00	50,00	100,00	25,00	,00	,00	25,00	,00	,00	42,11	42,11	,00	42,11	,00	,00	,00	,00	,00	75,00	33,33	33,33	33,33	,00	,00	,00	,00

Quadro 3.2 (cont.) - Tipos e sub-tipos de comportamentos presentes inadequados: perspectiva do investigador

	K socio-sexuais		K sexualizados		Agarração		Relações sexuais heterossexuais		Relações sexuais homossexuais		K de defesa		Controlo dos impulsos sexuais		K desviantes		Coacção		Prostituição	
	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
N	Válidos	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
	Faltas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média		1,1979	1,1979	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	49,7012	41,7771	41,7771	7,9241	7,9241	7,9241
Mediana		,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	46,0526	36,6667	36,6667	,0000	,0000	,0000
Desvio-padrão		5,4581	5,4581	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	42,8241	40,4708	40,4708	21,5766	21,5766	21,5766
Mínimo		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo		30,00	30,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Quadro 4 - Comportamentos ausentes (%)

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8
N	32	32	32	32	32	32	32	32
Válidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Faltas	3,6123	19,0816	17,2938	2,2173	,0000	1,3784	15,3730	11,4334
Média							13,8638	16,0070

Quadro 5.1- Comportamentos ausentes adequados: perspectiva das entrevistadas

	Conhecimento sexual	K exploratórios	Interesse sexual	Jogo mesmo sexo	Jogo oposto sexo	Comparações mesmo sexo	K auto-eróticos	Masturbação	Fantasia	Luta autônoma	Auto-afirmação amorosa	N
N	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Válidos	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Faltas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média	5,8868	25,5651	16,5490	2,0486	,2841	6,6835	,6250	,6250	,0000	2,7976	,0000	1,6741

Quadro 5.1- Comportamentos ausentes adequados: perspectiva das entrevistadas

	K socio- sexuais	K sexualizados	Agarração	Relações heterossexu- ais	Relações homossexu- ais	K de defesa	Controlo dos impulsos	K desviantes	
N	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Válidos									
Faltas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média	16,4750	,0000	5,8594	2,7380	7,8776	21,7696	25,2067	,0000	,0000

Quadro 6.2- Comportamentos ausentes inadequados: perspectiva do investigador

	Conheci- mento sexual	K	Interesse sexual	Jogo mesmo sexo	Jogo oposto sexo	Compa- ração mesmo sexo	K	Mastur- bação	Fantasias	Luta auto- afirmação amorosa	K	Sedução	Namoro
N	Válidos	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	Faltas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Média		,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	52,3579	52,3579	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000

Quadro 6.2 (cont.) - Comportamentos ausentes inadequados: perspectiva do investigador

	K	socio- sexuais	K	sexualizados	Agarração	Relações heterossexu- ais	Relações homossexu- ais	K	Relações de defesa	Controlo dos impulsos	K	desviantes	Coacção	Prostituição
N	Válidos	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	Faltas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Média		,4608	,0000	,4608	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	47,1813	47,1813	47,1813	,0000

RESULTADOS COMPLEMENTARES:

Pág. 158 - Quadro 8	Chi-Square	8,154
	df	3
	Asymp. Sig.	,043
Quadro 9	Mann-Whitney U	8,500
	Wilcoxon W	44,500
	Z	-2,470
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,014
	Exact Sig. [2 (1-tailed Sig.)]	,010
Pág. 159 - Quadro 10	Mann-Whitney U	12,000
	Wilcoxon W	48,000
	Z	-2,1000
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,036
	Exact Sig. [2 (1-tailed Sig.)]	,038
Quadro 11	Chi-Square	12,649
	df	3
	Asymp. Sig.	,005
Pág. 160 - Quadro 12	Mann-Whitney U	7,000
	Wilcoxon W	43,000
	Z	-2,626
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,009
	Exact Sig. [2 (1-tailed Sig.)]	,007
Quadro 13	Mann-Whitney U	3,500
	Wilcoxon W	39,500
	Z	-2,995
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,003
	Exact Sig. [2 (1-tailed Sig.)]	,001

Quadro 14	Mann-Whitney U	5,000
	Wilcoxon W	41,000
	Z	-2,838
	Asymp. Sig.(2-tailed)	,005
	Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,003

Pág.161	Quadro 15	% K2.4 pres.ad	
		Chi-Square	11,317
		df	3
		Asymp. Sig.	,010
		% K3.2 pres.ad	
		Chi-Square	8,941
		df	3
		Asymp. Sig.	,030
		% K7.1 pres.ad	
		Chi-Square	8,453
		df	3
		Asymp. Sig.	,038
		% K7.2 pres.ad	
		Chi-Square	9,378
		df	3
		Asymp. Sig.	,025

Quadro 16	Mann-Whitney U	12,000
	Wilcoxon W	48,000
	Z	-2,157
	Asymp. Sig.(2-tailed)	,031
	Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,038

Pág. 162 - Quadro 17	Mann-Whitney U	3,000
	Wilcoxon W	39,000
	Z	-3,179
	Asymp. Sig.(2-tailed)	,001
	Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,001
Quadro 18	Mann-Whitney U	11,000
	Wilcoxon W	47,000
	Z	-2,430
	Asymp. Sig.(2-tailed)	,015
	Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,028
Quadro 19	Mann-Whitney U	13,000
	Wilcoxon W	49,000
	Z	-2,131
	Asymp. Sig.(2-tailed)	,033
	Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,050
Pág. 163 Quadro 20	Mann-Whitney U	4,000
	Wilcoxon W	40,000
	Z	-2,945
	Asymp. Sig.(2-tailed)	,003
	Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,002
Quadro 21	Mann-Whitney U	13,000
	Wilcoxon W	49,000
	Z	-2,083
	Asymp. Sig.(2-tailed)	,037
	Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,050
Pág. 164 Quadro 22	Mann-Whitney U	71,000
	Wilcoxon W	207,000
	Z	-2,296
	Asymp. Sig.(2-tailed)	,022
	Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,032

	Quadro 23	Mann-Whitney U	71,500
		Wilcoxon W	207,500
		Z	-2,130
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,033
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,032
	Quadro 24	Mann-Whitney U	65,500
		Wilcoxon W	201,500
		Z	-2,357
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,018
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,017
Pág.165	Quadro 25	Mann-Whitney U	72,500
		Wilcoxon W	208,500
		Z	-2,093
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,036
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,035
	Quadro 26	Mann-Whitney U	55,000
		Wilcoxon W	191,000
		Z	-2,941
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,003
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,005
Pág. 166	Quadro 27	Mann-Whitney U	66,500
		Wilcoxon W	202,500
		Z	-2,318
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,020
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,019
Pág. 167	Quadro 28	Mann-Whitney U	64,000
		Wilcoxon W	200,000
		Z	-2,413
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,016
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,015

Pág. 177	Quadro 29	% K 2.4 pres.ad	
		Mann-Whitney U	51,500
		Wilcoxon W	187,500
		Z	-3,082
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,002
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,003
		% K 6.2 pres.ad	
		Mann-Whitney U	64,000
		Wilcoxon W	200,000
		Z	-2,420
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,016
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,015
	Quadro 32	Chi-Square	8,980
		df	3
		Asymp. Sig.	,030
Pág.178	Quadro 33	Mann-Whitney U	9,500
		Wilcoxon W	45,500
		Z	-2,368
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,018
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,015
	Quadro 34	Chi-Square	27,583
		df	2
		Asymp. Sig.	,000
	Quadro 35	Mann-Whitney U	,000
		Wilcoxon W	55,000
		Z	-3,874
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,000
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,000

	Quadro 36	Mann-Whitney U	,000
		Wilcoxon W	55,000
		Z	-3,977
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,000
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,000
	Quadro 37	Mann-Whitney U	,000
		Wilcoxon W	66,000
		Z	-3,877
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,000
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,000
	Quadro 38	Chi-Square	6,847
		df	2
		Asymp. Sig.	,033
Pág. 179	Quadro 39	Mann-Whitney U	24,000
		Wilcoxon W	90,000
		Z	-2,397
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,017
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,016
	Quadro 40	Chi-Square	8,980
		df	3
		Asymp.Sig.	,030
Pág. 180	Quadro 41	Mann-Whitney U	9,500
		Wilcoxon W	45,500
		Z	-2,368
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,018
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,015

	Quadro 42	Mann-Whitney U	63,500
		Wilcoxon W	199,500
		Z	-2,432
		Asymp. Sig.(2-tailed)	,015
		Exact Sig.[2(1-tailedSig.)]	,014
Pág. 181	Quadro 43	t	-8,784
		df	31
		Sig. (2-tailed)	,000
	Quadro 44	t	-2,872
		df	31
		Sig. (2-tailed)	,007
	Quadro 45	t	-5,732
		df	31
		Sig. (2-tailed)	,000
Pág. 182	Quadro 46	t	-11,820
		df	31
		Sig. (2-tailed)	,000

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	5 ^a	5,30	26,50
	Positive Ranks	9 ^b	8,72	78,50
	Ties	2 ^c		
	Total	16		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	1 ^d	2,00	2,00
	Positive Ranks	14 ^e	8,43	118,00
	Ties	1 ^f		
	Total	16		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hiposexualizados	Negative Ranks	1 ^g	8,00	8,00
	Positive Ranks	13 ^h	7,46	97,00
	Ties	2 ⁱ		
	Total	16		

- khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados
- khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados
- n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)
- knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais
- knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais
- n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)
- khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hiposexualizados
- khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hiposexualizados
- n de comportamentos hiposexualizados = khiposx+(i-ehipo)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	5 ^a	5,10	25,50
	Positive Ranks	10 ^b	9,45	94,50
	Ties	1 ^c		
	Total	16		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	15 ^e	8,00	120,00
	Ties	1 ^f		
	Total	16		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hiposexualizados	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	14 ^h	7,50	105,00
	Ties	2 ⁱ		
	Total	16		

- khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados
- khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados
- n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)
- knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais
- knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais
- n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)
- khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hiposexualizados
- khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hiposexualizados
- n de comportamentos hiposexualizados = khiposx+(i-ehipo)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	6 ^a	5,33	32,00
	Positive Ranks	8 ^b	9,13	73,00
	Ties	2 ^c		
	Total	16		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	1 ^d	2,00	2,00
	Positive Ranks	15 ^e	8,93	134,00
	Ties	0 ^f		
	Total	16		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hiposexualizados	Negative Ranks	1 ^g	9,00	9,00
	Positive Ranks	14 ^h	7,93	111,00
	Ties	1 ⁱ		
	Total	16		

- a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados
b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados
c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)
d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais
e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais
f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)
g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hiposexualizados
h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hiposexualizados
i. n de comportamentos hiposexualizados = khiposx+(i-ehipo)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	4 ^a	5,50	22,00
	Positive Ranks	11 ^b	8,91	98,00
	Ties	1 ^c		
	Total	16		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	14 ^e	7,50	105,00
	Ties	2 ^f		
	Total	16		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hiposexualizados	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	13 ^h	7,00	91,00
	Ties	3 ⁱ		
	Total	16		

- a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados
b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados
c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)
d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais
e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais
f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)
g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hiposexualizados
h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hiposexualizados
i. n de comportamentos hiposexualizados = khiposx+(i-ehipo)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	7 ^a	7,21	50,50
	Positive Ranks	8 ^b	8,69	69,50
	Ties	1 ^c		
	Total	16		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	1 ^d	2,00	2,00
	Positive Ranks	14 ^e	8,43	118,00
	Ties	1 ^f		
	Total	16		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hiposexualizados	Negative Ranks	1 ^g	8,50	8,50
	Positive Ranks	14 ^h	7,96	111,50
	Ties	1 ⁱ		
	Total	16		

- a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados
b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados
c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)
d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais
e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais
f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)
g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hiposexualizados
h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hiposexualizados
i. n de comportamentos hiposexualizados = khiposx+(i-ehipo)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	3 ^a	3,33	10,00
	Positive Ranks	11 ^b	8,64	95,00
	Ties	2 ^c		
	Total	16		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	15 ^e	8,00	120,00
	Ties	1 ^f		
	Total	16		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hiposexualizados	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	13 ^h	7,00	91,00
	Ties	3 ⁱ		
	Total	16		

- a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados
b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados
c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)
d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais
e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais
f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)
g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hiposexualizados
h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hiposexualizados
i. n de comportamentos hiposexualizados = khiposx+(i-ehipo)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	6 ^a	5,08	30,50
	Positive Ranks	4 ^b	6,13	24,50
	Ties	1 ^c		
	Total	11		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	1 ^d	2,00	2,00
	Positive Ranks	10 ^e	6,40	64,00
	Ties	0 ^f		
	Total	11		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hipossexualizados	Negative Ranks	1 ^g	3,00	3,00
	Positive Ranks	10 ^h	6,30	63,00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	11		

- a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados
- b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados
- c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)
- d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais
- e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais
- f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)
- g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hipossexualizados
- h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hipossexualizados
- i. n de comportamentos hipossexualizados = khiposx+(i-ehipo)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	3 ^a	2,83	8,50
	Positive Ranks	6 ^b	6,08	36,50
	Ties	1 ^c		
	Total	10		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	9 ^e	5,00	45,00
	Ties	1 ^f		
	Total	10		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hipossexualizados	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	9 ^h	5,00	45,00
	Ties	1 ⁱ		
	Total	10		

- a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados
- b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados
- c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)
- d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais
- e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais
- f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)
- g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hipossexualizados
- h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hipossexualizados
- i. n de comportamentos hipossexualizados = khiposx+(i-ehipo)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	1 ^a	3,00	3,00
	Positive Ranks	9 ^b	5,78	52,00
	Ties	1 ^c		
	Total	11		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	10 ^e	5,50	55,00
	Ties	1 ^f		
	Total	11		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hiposexualizados	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^h	4,50	36,00
	Ties	3 ⁱ		
	Total	11		

a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados

b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados

c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)

d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais

e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais

f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)

g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hiposexualizados

h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hiposexualizados

i. n de comportamentos hiposexualizados = khiposx+(i-ehipo)

hipoin / tintr - hiperin / tintr

t -3,008
df 31
Sig. (2-tailed) ,005

hipoex / texttr - hiperex / texttr

t -5,357
df 31
Sig. (2-tailed) ,000

hipoin / tintr - hipoex / texttr

t 1,721
df 31
Sig. (2-tailed) ,095

hiperin / tintr - hiperex / texttr

t -3,061
df 31
Sig. (2-tailed) ,005

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	1 ^a	3,00	3,00
	Positive Ranks	9 ^b	5,78	52,00
	Ties	1 ^c		
	Total	11		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	10 ^e	5,50	55,00
	Ties	1 ^f		
	Total	11		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hipossexualizados	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^h	4,50	36,00
	Ties	3 ⁱ		
	Total	11		

a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados

b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados

c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)

d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais

e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais

f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)

g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hipossexualizados

h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hipossexualizados

i. n de comportamentos hipossexualizados = khiposx+(i-ehipo)

hipoin / tintr - hiperin / tintr

t	-3,008
df	31
Sig. (2-tailed)	,005

hipoex / textr - hiperex / textr

t	-5,357
df	31
Sig. (2-tailed)	,000

hipoin / tintr - hipoex / textr

t	1,721
df	31
Sig. (2-tailed)	,095

hiperin / tintr - hiperex / textr

t	-3,061
df	31
Sig. (2-tailed)	,005

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
khipersx+(i-ehiper) - n de comportamentos hipersexualizados	Negative Ranks	1 ^a	3,00	3,00
	Positive Ranks	9 ^b	5,78	52,00
	Ties	1 ^c		
	Total	11		
knormais+(i-enormais) - n de comportamentos normais	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	10 ^e	5,50	55,00
	Ties	1 ^f		
	Total	11		
khiposx+(i-ehipo) - n de comportamentos hiposexualizados	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^h	4,50	36,00
	Ties	3 ⁱ		
	Total	11		

a. khipersx+(i-ehiper) < n de comportamentos hipersexualizados

b. khipersx+(i-ehiper) > n de comportamentos hipersexualizados

c. n de comportamentos hipersexualizados = khipersx+(i-ehiper)

d. knormais+(i-enormais) < n de comportamentos normais

e. knormais+(i-enormais) > n de comportamentos normais

f. n de comportamentos normais = knormais+(i-enormais)

g. khiposx+(i-ehipo) < n de comportamentos hiposexualizados

h. khiposx+(i-ehipo) > n de comportamentos hiposexualizados

i. n de comportamentos hiposexualizados = khiposx+(i-ehipo)

hipoin / tintr - hiperin / tintr

t -3,008

df 31

Sig. (2-tailed) ,005

hipoex / textr - hiperex / textr

t -5,357

df 31

Sig. (2-tailed) ,000

hipoin / tintr - hipoex / textr

t 1,721

df 31

Sig. (2-tailed) ,095

hiperin / tintr - hiperex / textr

t -3,061

df 31

Sig. (2-tailed) ,005